

Résultats éloignés du traitement antibiotique de la lithiase biliaire infectée sans intervention chirurgicale

(A propos de 61 observations
avec un recul de 1 à 12 ans)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 Mai 1965

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Françoise SERVONNAT

Née le 30 Novembre 1938, à JEMAPPES (Belgique)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1965

**Résultats éloignés
du traitement antibiotique
de la lithiase biliaire infectée
sans intervention chirurgicale**

**(A propos de 61 observations
avec un recul de 1 à 12 ans)**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 Mai 1965

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Françoise SERVONNAT

Née le 30 Novembre 1938, à JEMAPPES (Belgique)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1965

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires M. J. LEPINE, Membre de l'Institut.
 Doyen M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut.
 Assesseurs M. J.-F. CIER.
 Professeurs Honoraires : MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON

PROFESSEURS

Clinique urologique	MM. CIBERT.	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	MM. CREYSSSEL.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Beyrouth).	Clinique carcinologique . .	DARGENT.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME.	Anatomie pathologique . .	GUICHARD.
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON.	Pathologie générale et expérimentale	GIRARD Paul.
Clinique chirurgicale P . .	WERTHEIMER.	Anatomie	LATARJET.
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT.	Pathologie chirurgicale . .	PEYCELON.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT	Clinique médicale D	GIRARD Marcel.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Pathologie médicale	VACHON.
Chimie biologique et médicale	ENSELME.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Clinique chirurgicale A . .	MALLET-GUY.	Radiologie	PAPILLON.
Pharmacie galénique	REVOL.	Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge .	JEUNE.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	GONIN.
Médecine du travail	BOURRET.	Bactériologie	MONNET.
Clinique médicale A	LEVRAT.	Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Physiologie B	CHATONNET.
Botanique et cryptogamie .	NETIEN.	Clinique endocrinologique .	GUINET.
Clinique chirurgicale C . .	BERTRAND.	Clinique de chirurgie orthopédique	TRILLAT
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND.	Clinique stomatologique .	FREIDEL.
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles .	MARION
Médecine légale et déontologie	ROCHE.	Matière médicale et législation pharmaceutique .	Joseph
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.	Histologie et embryologie .	DORCHE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phoniologie	MOUNIER-KUHN.	Chimie	DUMONT Louis.
Clinique ophtalmologique .	PAUFIQUE.	Physiologie A	PERROT.
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire .	CIER J.-F.
Clinique de pneumo-phthisiologie	BRUN.	Clinique de chirurgie cardiaque	PERRIN J.
		Clinique médicale infantile	MICHAUD Pierre
		Clinique des maladies infectieuses	SARROUY Ch.
		Biologie médicale et pharmacodynamie	X...
		Clinique gynécologique . .	X...
		Thérapeutique	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER.
Bactériologie	BERTOYE.
Neuro-chirurgie	MANSUY.
Chimie générale et pharmaceutique	COLLET.
Hygiène et climatologie	LACROIX.
Clinique chirurgicale propédeutique	LIARAS.
Neuro-chirurgie	LECUIRE.
Médecine générale	REVOL.
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD.
Pharmacie chimique et Pharmacologie	CIER André.
Médecine générale	PONT Maurice.
Médecine générale	TRAEGER.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Anatomie pathologique	FEROLDI.
Physique biologique	MORET.
Botanique et cryptogamie	ODDOUX.
Chimie analytique	de SOLLIERS.
Médecine générale	DESPIERRES.
Médecine du travail	TOLOT.
Parasitologie	GARIN.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

Chimie biologique	MM. CREYSSEL Roger.	Anesthésiologie	MM. MICHEL.
Hygiène	THIVOLET.	Pédiatrie et puériculture ..	FRANÇOIS.
Electro-radiologie	PINET.	Chirurgie générale	MICHOULIER.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.	Dermatologie	COLOMB.
Chirurgie générale	DESCOTES.	Médecine générale	LAMBERT.
Pathologie expérimentale ..	JOUVET.	Médecine générale	FRIES.
Physique biologique	PEYRIN.	Pédiatrie	GILLY.
Anatomie pathologique ..	TOMMASI.	Médecine générale	ROBERT.
Electro-radiologie	BUFFARD.	Anatomie	BOUCHET.
Médecine générale et thé-		Pédiatrie	BETHENOD.
rapeutique	LEJEUNE.	Immunologie, sérologie, hé-	
Maternité	de MOURGUES F.	matologie	GERMAIN.
Maladies infectieuses	NAUSSAC.	Pédiatrie	LARBRE.
Chirurgie générale	REBOUILLAT.	Chirurgie générale	SOUSTELLE.
Pédiatrie	ROMAGNY.	Médecine générale	VIALA.
Médecine générale	DELAHAYE.	Bactériologie, parasitologie,	
Anesthésiologie	DELEUZE.	virologie	VINCENT.
Electro-radiologie diagnostic		Pneumo-phthisiologie	KALB.
et thérapeutique	GIRAUD.	Médecine légale	COLIN.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

Maternité	MM. FAVRE-GILLY.	Biologie médicale et phar-	
Histologie et embryologie ..	GIROD.	macodynamie	MM. FAUCON.
Chimie biologique	GRAS.	Physiologie	FLANDROIS.
Chimie analytique	MALLEIN.	Bactériologie	VIALIER-
Hygiène	RIFFAT.		RAYNARD.
		Pharmacie galénique	ROLLET.

AGREGES EN EXERCICE

Ophthalmologie	MM. BONAMOUR.	Orthopédie	MM. FAYSSÉ.
Chirurgie générale	de MOURGUES	Oto-rhino-laryngologie ..	GAILLARD.
	Georges.	Médecine générale	GARDE.
Médecine générale	DEVIC.	Ophtalmologie	HUGONNIER.
Obstétrique	DUMONT	Chirurgie générale	MARET.
	Martial.	Médecine générale	MORNEX.
Neurologie	DURAND.	Médecine générale	NORMAND.
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Médecine générale	PERRIN André.
Chirurgie générale	SAUBIER.	Stomatologie	DUMAS.
Neuro-psychiatrie	SCHOTT.	Obstétrique	GARMIER.
Neuro-chirurgie	ALLEGRE.	Médecine générale	NOEL.
Electro-radiologie	CHASSARD.	Orthopédie	SCHNEPP.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. LEVRAT ; *Assesseurs* : MM. VACHON
GALY et BRETTE

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552623_0036

A MES PARENTS

Qu'ils voient là le témoignage de
ma reconnaissance et de mon affec-
tion.

A MA SŒUR

A LA MEMOIRE DE THERESE

A TOUS LES MIENS

AU DOCTEUR ET A MADAME MANIPOUD

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. LEVRAT

Les semestres que nous avons passés dans son service comme externe, puis comme interne nous ont profondément marquée et ont orienté le choix de notre avenir.

La richesse de son enseignement, la force de sa personnalité, son indulgente patience frappent tous ceux qui l'approchent. Son souci constant de l'intérêt du malade est pour nous un exemple.

Il nous a fait le grand honneur de nous confier le sujet de ce travail : qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

A NOS MAITRES ET JUGES

A Monsieur le Professeur A. VACHON

Nous avons été frappée par l'attention qu'il sait accorder à chacun, et l'extrême délicatesse avec laquelle il comprend chaque malade.

Le semestre que nous passons actuellement dans son service nous permet d'admirer l'étendue de sa culture, la clarté et l'élégance avec lesquelles il sait exposer les problèmes les plus complexes.

Il nous a fait l'honneur d'accepter de nous juger, nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur P. GALY

Nous avons passé dans son service un semestre d'internat que nous ne saurions oublier.

Son enseignement, toujours renouvelé, nous a appris à refuser les idées toutes faites et la facilité. Nous avons été très touchée par l'accueil qu'il nous a toujours réservé.

Nous lui sommes très reconnaissante d'avoir bien voulu accepter de nous juger.

Monsieur le Professeur Agrégé R. BRETTE

Nous ne lui exprimerons jamais assez toute notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter depuis notre externat.

La diversité de son enseignement, la richesse de son érudition, la sagesse de ses décisions thérapeutiques, son extrême bienveillance ont suscité notre admiration.

Il nous a fait l'honneur de nous accepter comme collaborateur, et c'est avec la plus grande joie que nous travaillerons à ses côtés.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Monsieur le Professeur J. BRUN

Monsieur le Professeur P. WERTHEIMER

Monsieur le Professeur Agrégé L. MANSUY

Monsieur le Professeur Agrégé A. BROCHIER

Monsieur le Professeur P. BERTRAND

Monsieur le Professeur M. LEVRAT

Monsieur le Professeur Agrégé R. BRETTE

Monsieur le Professeur R. FROMENT

Monsieur le Professeur Agrégé A. PERRIN

Internat :

Monsieur le Professeur M. DARGENT

Monsieur le Docteur E. POMMATAU

Monsieur le Professeur A. GUICHARD

Monsieur le Professeur P. GALY

Monsieur le Professeur J. TRAEGER

Monsieur le Professeur M. LEVRAT

Monsieur le Professeur Agrégé R. BRETTE

Monsieur le Professeur P. CROIZAT

Monsieur le Professeur L. REVOL

Monsieur le Docteur J.-J. VIALA

Monsieur le Professeur A. VACHON

A MES CONFERENCIERS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Nous nous limitons aux lithiases biliaires avec complications infectieuses patentes, éliminant les formes simplement douloureuses, ou accompagnées d'une élévation fébrile modérée sans lendemain et sans autre signe infectieux accompagnateur.

Le propos de cette étude n'est pas de mettre en question le traitement chirurgical de la lithiasie biliaire admis depuis de nombreuses années par tous les auteurs ni de déterminer le moment le plus favorable à l'intervention.

Nous nous sommes simplement demandé quel était le devenir de ce petit lot de malades, hospitalisés pour une lithiasie biliaire infectée et qui n'ont pas subi d'intervention chirurgicale, soit qu'elle ait été refusée par le malade lui-même, soit, au contraire, qu'elle ne lui ait pas été proposée en raison de l'âge, de l'obésité, ou d'une affection associée pesant par elle-même gravement sur le pronostic vital.

Après avoir exposé nos constatations et celles de différents auteurs, nous avons essayé de préciser dans quelle mesure on doit tenir compte des contre-indications médicales pour déconseiller l'intervention chirurgicale chez certains malades très âgés ou tarés. Nous nous sommes efforcés de dégager, à la lumière de nos résultats, les modalités les meilleures du traitement médical.

CONSIDERATIONS GENERALES

Le traitement médical des complications infectieuses de la lithiase biliaire ne se justifie que dans la mesure où l'on admet la responsabilité des germes microbiens dans les accidents évolutifs de la maladie et où l'on dispose de moyens suffisants pour les combattre. Nous rappellerons rapidement les bases sur lesquelles repose le choix de l'antibiothérapie : sensibilité du germe en cause et nécessité d'obtenir un taux suffisant d'antibiotiques au niveau des lésions ; ce qui nous amènera à envisager successivement la nature des germes habituellement rencontrés dans les cholécystites et les angiocholites et l'élimination biliaire des antibiotiques.

I. — Flore microbienne habituellement rencontrée dans les infections biliaires

Il n'existe pas de procédé pratique permettant de mettre en évidence le germe responsable chez chaque malade, nous ne disposons que d'arguments de fréquence.

A) Moyens d'étude

a) *Le tubage duodéal*

L'examen de la bile recueillie par cette méthode a été pratiqué par de nombreux auteurs : Whipple, Piersol et Bockus, les premiers ; puis Josserand, Mallet-Guy et Vachez, Surmont et Buttiaux, pour n'en citer que quelques-uns. Ces examens donnent des résultats variables, quant à la nature du germe en cause et la fréquence des résultats positifs, qui est très différente d'un auteur à l'autre. Cette technique présente un double inconvénient : risque de contamination exté-

rieure au cours des manipulations par des germes de l'oropharynx et de la partie haute du tube digestif et par ailleurs elle ne peut pallier à la fréquente exclusion anatomique des lésions biliaires infectées.

b) *Le tubage duodéal protégé*, avec double sonde, comme l'ont pratiqué les premiers Surmont et Buttiaux, apparaît, *a priori*, comme une technique beaucoup plus intéressante, mais ne répond qu'à la première des deux critiques.

c) *L'examen de la bile prélevée chirurgicalement*

Cette technique offre beaucoup plus de garanties, elle permet en outre l'étude séparée de la vésicule et de la voie biliaire principale, mais elle comporte une certaine part d'inexactitude, car, dans l'immense majorité des cas, les malades reçoivent un traitement antibiotique pré-opératoire qui peut faire disparaître certains germes ou réaliser une sélection.

d) *La culture de la paroi vésiculaire et du ganglion cystique* est également intéressante, mais comporte la même part d'inexactitude.

e) *La pratique des hémocultures* rend peu de services en raison de l'inconstance de la bactériémie et de la fréquence des traitements antibiotiques administrés à domicile avant l'hospitalisation. Elle est cependant plus intéressante au cours des angiocholites. Lemièrre, Ménétrier et Brodin ont trouvé assez fréquemment des hémocultures positives lors des grands frissons contemporains des poussées d'angiocholites.

B) Les résultats

a) LA FLORE MICROBIENNE RENCONTRÉE DANS LA BILE VÉSICULAIRE AU COURS DES CHOLÉCYSTITES.

La nature de ces germes est bien connue grâce aux travaux de: Meleney (1948), Lester (1946), Anderson et Priestley (1951), Twiss, Carper et Fishman (1951), Soupault et Champeau (1954), Mallet-Guy (1961), Tolio (1962). Il existe une nette prédominance des germes gram — sur les germes gram + ; parmi

les germes gram — le plus fréquemment rencontré est le colibacille :

— *La statistique* de Twiss, Carper et Fishman, en 1951, porte sur 259 opérés de cholécystite chronique. Il a été obtenu 61 cultures positives :

Escherichia Coli	26
Staphylocoque doré	11
Streptocoque non hémolytique	9
Bacille typhique	6
Streptocoque hémolytique	4
Clostridium perfringens	3
Proteus vulgaris	1
Streptocoque blanc	1

— *La statistique* de Mallet-Guy et Chabal (1961) repose sur 82 examens bactériologiques de bile prélevée au cours d'interventions pour cholécystite aiguë lithiasique :

Escherichia Coli	52
(dont 8 fois en association avec d'autres germes)	
Entérocoques	19
(dont 8 fois en association)	
Proteus	8
(dont 3 fois en association)	
Klebsiella	8
Streptocoque viridans	3
(dont 3 associations)	
Staphylocoque doré	4
Paracolon	1
Salmonella Typhi	1
Alcaligenes Fecalis	1
Pyocyanique	1

b) FLORE MICROBIENNE RENCONTRÉE DANS LA PAROI DES VÉSICULES ATTEINTES DE CHOLÉCYSTITE.

La présence de germes dans la paroi vésiculaire est connue depuis longtemps, dès les travaux de Rosenow, en 1916, qui isole un streptocoque chez l'homme; Hunte, Muller, Whipple et Wilkie trouvent au cours de certaines cholécystites du streptocoque non hémolytique se répartissant de façon différente, en fonction des couches histologiques, avec une répartition préférentielle pour les cryptes glandulaires, puis la sous-muqueuse. Les couches superficielles en contact avec la bile dont on connaît le rôle bactériostatique à l'égard du streptocoque, étant beaucoup plus rarement infectées.

Gordon - Taylor et Whitby, en 1930, ont publié une étude portant sur 50 cas de cholécystites lithiasiques ; dans 25 cas, seule la paroi contenait des germes, dans 13 cas, il y avait des microbes à la fois dans la bile, la paroi, les calculs ; trois fois les germes étaient présents à la fois dans la paroi et dans la bile. La répartition des germes se faisant de la façon suivante :

Sur 25 cas de paroi vésiculaire infectée :

Streptocoque fecalis	7
Escherichia Coli	3
Staphylocoque blanc	3
Clostridium Welchii	3
Bacille paratyphique B	1
Staphylocoque doré	1
Flore mixte	7

En 1932, les mêmes auteurs publient 50 observations (dont 10 cholécystites aiguës). Ils ont trouvé une infection isolée de la paroi vésiculaire dans 23 cas.

Streptocoque viridans	8
Colibacille	4
Clostridium Welchii	2
Entérocoque	1
Association de germes	8

La paroi vésiculaire apparaît très souvent infectée (plus souvent que la bile elle-même pour Gordon Taylor et Whitby). Les germes rencontrés dans la paroi vésiculaire et dans la bile sont en général identiques aux germes intestinaux. Il existe cependant de discrètes différences dans la bactériologie de la paroi vésiculaire et celle de la bile : les streptocoques (viridans et fecalis) sont plus souvent rencontrés dans les cultures de la paroi, cependant que le colibacille prédomine nettement dans la bile.

c) LES ÉTUDES DE LA BILE PRÉLEVÉE DANS LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE SONT MOINS NOMBREUSES, mais elles aboutissent à des résultats comparables à ceux de la bile vésiculaire.

Elkeles et Mirizzi apportent 18 cas de lithias cholédocienne, la bile étant recueillie par une canule introduite par le canal cystique. Ils obtiennent des cultures positives dans 16 cas. Il s'agit essentiellement de colibacilles et de streptocoques. (Les mêmes germes sont très fréquemment retrouvés dans la

voie biliaire accessoire.) Par ailleurs, ces auteurs notent que l'infection de l'hépatocolédoque est toujours associée à une infection de la bile vésiculaire, de la paroi, voire du liquide duodénal par le même germe.

Anderson et Priestley, sur une série de 70 lithiases cholédociennes, obtiennent 53 bilicultures +. Dans 2/3 des cas, il s'agit d'infection mono-microbienne. Les germes isolés étant, par ordre de fréquence décroissante : le colibacille, le streptocoque fecalis, le bacille typhique, puis viennent le proteus, le pyocyanique.

Soupault et Champeau, en 1954, apportent leur expérience de 100 interventions consécutives sur l'hépatocolédoque. La bile prélevée chirurgicalement a donné naissance à des cultures positives dans 68 cas, dont 30 cas d'associations microbiennes. Les microbes se répartissent en bacilles gram —, les plus fréquents, et cocci gram +.

Bacilles gram — :

Paracolon	18
Proteus	16
Alcaligenes fecalis	10
Escherichia Coli	9
Pyocyanique	3
Aerobacter aerogenes	2
Salmonella	1
Paracolobacteridium Bethesda	1

Cocci gram + :

Streptocoque ou entérocoque	31
Staphylocoque	9

Sarkisian et Mc Gowan trouvent une prépondérance de colibacilles. Au cours de 21 angiocholites chez des cholécystectomisés, ils notent la présence de :

Colibacille	13 fois
Proteus	8 »
Aerobacter aerogenes	6 »
Pyocyanique	5 »
Clostridium Welchii	3 »

Ces résultats confirment la nette prédominance des germes intestinaux dans les infections biliaires. L'antibiotique utilisé devra donc être nécessairement actif sur ces germes. Mais la possibilité d'infection à germes rares et parfois résistants aux

antibiotiques usuels (par exemple, certains staphylocoques dorés, certains streptocoques viridans ou pyocyaniques), la possibilité d'association bactérienne peuvent expliquer certains échecs et rendre nécessaire l'emploi d'un antibiotique plus spécialement actif sur ces bacilles, ou bien celui d'association d'antibiotiques.

II. — Elinination biliaire des antibiotiques

A) Rappel théorique

Ce sujet a suscité une multitude de travaux : ceux, récents, à Lyon, de Levrat, Brette et Truchot (1964), font le point de la question, distinguant trois catégories d'antibiotiques selon que leur élimination biliaire est réduite, modérée ou prédominante. Nous ne rappellerons que les antibiotiques pouvant être utilisés en pratique, car dépourvus de toxicité.

A. — ANTIBIOTIQUES A ELIMINATION BILIAIRE REDUITE

1. *Streptomycine* :

Helman D.H. (1945), Stebbins, Graessle et Robinson (1945), Gutman (1946), Pulaski E.-J. (1953-55), ont montré que son élimination se fait à des taux de concentration médiocre, égaux ou à peine supérieurs à ceux du sang ; pour Harrison et Stewart (1961). les concentrations biliaires seraient même inférieures à celles du sérum. Par contre, si la Streptomycine est peu ou pas concentrée par le foie, son élimination après un maximum à la 2^e et 3^e heure n'est que lentement décroissante jusqu'à la 10^e heure et peut persister plus de 24 heures à des taux appréciables comme l'ont montré Zintel et coll. (1945).

2. *Le Chloramphénicol* :

Etudié par Glazko (1949), Grönraos (1952), Royer et coll. (1954), Pulaski E.-J. (1953-55), Harrison et Stewart (1961). La concentration sanguine est assez rapide, maximum à la 6^e heure, puis vite décroissante. L'élimination biliaire est faible (fait

confirmé par l'étude de sa clearance, une des plus faibles avec celle de la Streptomycine) et, comme l'a montré Glazko (1950), une grande partie est éliminée par la bile sous forme de dérivés inactifs, inconvénient qu'évite un dérivé du Chloramphénicol : le Thiophénicol.

3. La Bacitracine :

Per os ou I.M. a également un taux d'élimination biliaire faible (Pulaski, 1953), mais les taux sanguins restent élevés de façon prolongée.

4. Viomycine et Colimycine :

Leur élimination est mal connue. La Colimycine surtout est théoriquement intéressante parce que très active (à peu près exclusivement d'ailleurs) sur les germes gram —, surtout l'*Eschérichia Coli*, la plupart des *Salmonella* et des *Shigella*. Peu absorbée *per os*, elle nécessite le recours à la voie parentérale.

B. — GROUPE DES ANTIBIOTIQUES

A ELIMINATION BILIAIRE MODEREE MAIS SATISFAISANTE

1. GROUPE DES TÉTRACYCLINES :

— *Tétracycline* simple. Rissel (1955), Lobato (1955), Uberti (1956), Weithaler et coll. (1957), Levrat, Brette (1957) trouvent aussi bien chez l'homme que chez l'animal, des concentrations toujours supérieures à celles du sang (1, 3 à 4 fois).

— *La Chlortétracycline* (Auréomycine). Ruttenburg (1951), Cook D.-L. (1952), Pulaski et Fusillo (1953-1955), Danopoulos (1954), notent une concentration biliaire supérieure en moyenne à 4 fois celle du sang. Ce fait est confirmé par l'étude des clearances : Cook D.-L. trouve une clearance 10 fois plus élevée que celle de la Streptomycine ou du Chloramphénicol.

— *L'Oxytétracycline* (Terramycine)

De nombreux travaux lui ont été consacrés. Bernstein et Reber (1951), Herrel W. (1952), Pulaski et Fusillo (1953-1955), Levrat et Brette (1957) étudiant la concentration dans la vésicule biliaire après administration de 2 g de Terramycine *per*

os pendant plusieurs jours avant cholécystectomie chez quatre malades porteurs d'une lithiase vésiculaire simple, démontrent l'existence d'une importante élimination biliaire. Des taux encore plus élevés furent obtenus chez un autre malade après perfusion IV de 0,50 g de Terramycine, 2 heures après le prélèvement (il s'agissait pourtant d'une malade présentant un ictère rétentionnel, évoluant depuis 3 mois par obstacle cholédocien lithiasique). L'activité étendue de cet antibiotique, sa bonne tolérance, la possibilité d'obtenir par voie intraveineuse des taux sériques et biliaires extrêmement élevés, expliquent l'efficacité reconnue de cet antibiotique.

— *La Demethylchlortétracycline (Mexocyne)*

Cet antibiotique semble particulièrement intéressant. Bien étudié par Cormick et coll. (1957), Hirsch et Finland (1959), Levrat et Brette chez le rat, Kunin et Finland (1959), montrent que la vie de cet antibiotique dans le sérum est 127 % plus longue que celle de l'Oxytétracycline pour une même dose IV. *Per os*, sa vie reste très supérieure, de 44 %, à celle de la Tétracycline ordinaire.

Kunin C.-M. et Finland (1959) ont montré que chez l'homme 10 % environ de la dose administrée passait par la voie biliaire, dans les mêmes proportions que pour les autres Tétracyclines.

2. LES PÉNICILLINES

sont à peu près inactives par voie buccale, car neutralisées par le suc gastrique acide, certains produits de synthèse échappant à cette action peuvent cependant être donnés *per os*.

a) *La Benzyl Pénicilline (Pénicilline ordinaire ou Pénicilline G).*

Son élimination est essentiellement urinaire, mais l'élimination biliaire reste importante comme l'ont montré Rammelkamp et Helm (1945), Zaslow (1947), Brodersen et Anderson (1949), Urban et Pottenstein (1950), Cook D.-L. et coll. (1952), Pulaski et Fusillo (1953-1955), Harrison et Stewart (1961). Cette élimination est extrêmement rapide, puisque pratiquement totale en 2 heures.

b) *Les Pénicillines de synthèse ou de semi-synthèse* ont une élimination biliaire très satisfaisante (Stewart et Harrison, 1961).

— *Le D 6 Pénicilline acide B.R.L. 1341 ou Pénicilline Pembritin.*

Le taux de concentration biliaire (pouvant atteindre 150 fois le taux sanguin) est très supérieur à celui de la Benzyl Pénicilline. Ceci est d'autant plus intéressant que ce produit s'est montré totalement efficace pour des germes groupant non seulement des germes gram + (Staphylocoque doré, Streptocoques des différents groupes), mais aussi gram — (Coli, Proteus, Salmonella). Par ailleurs, cette Pénicilline stable en milieu acide peut être administrée *per os*.

— *Le P. Amino-Benzyl-Pénicilline.*

Son excrétion biliaire apparaît également très satisfaisante. Ses concentrations semblent, sauf exception, bien supérieures à celles exigées pour l'inhibition de nombreux germes.

Harrison et Stewart (1961) ont classé les différentes Pénicillines selon l'importance de leur élimination biliaire :

La P. Amino-Benzyl-Pénicilline.

La B.R.L. 1341 (Pénicilline).

La B.R.L. 1060 (isomère L de la B.R.L. 1341).

La Benzyl-Pénicilline (Pénicilline G).

Méthicilline (Flabelline).

C. — GROUPE DES ANTIBIOTIQUES

A ELIMINATION BILIAIRE ELEVEE OU PREDOMINANTE

— *Spiramycine* (Rovamycine), Erythromycine et Oléandomycine ont une activité et un métabolisme voisins. Etudiées par Heilman F.-R. (1952), Pulaski et Fusillo (1953-1955), Takimura (1955), Levrat et Brette (1957), Hammonds Griffith (1960), Preston Silverman (1962), chez l'animal et chez l'homme par prélèvement de bile au niveau du drain de Kher.

L'absorption est rapide, le taux sanguin maximum vite obtenu, encore appréciable de la 8^e à la 29^e heure ; l'élimination biliaire est constante et importante.

— *Novobiocine*

Très active sur les Cocci gram +, par contre, peu active sur les entéro-bactériaciées, sauf le *Proteus*. *Per os*, son absorption est rapide, son élimination lente, assurant une forte concentration sanguine plus de 8 heures après, persistant même 36 à 48 heures plus tard. Elle est en majorité éliminée par la bile et l'intestin, mais son peu d'activité sur les colibacilles rend son utilisation moins intéressante dans les infections biliaires, sauf en cas d'infection à *Staphylocoque*, *Streptocoque* ou *Proteus*.

— *Rifomycine*

In vitro, son action est très large sur les germes gram + (*Staphylocoques*, *Streptocoques*), mais beaucoup moins sur les germes gram — (en particulier les *Coli*). L'absorption est rapide par voie intramusculaire, le taux sanguin maximum est obtenu entre la 3^e et la 4^e heure, il décroît vite et devient nul à la 10^e heure ; 60 à 80 % du produit s'élimine par voie biliaire. (Maffii G., et coll. (1961), Acocella G. et Muschio (1961), Furesz et Sgotti (1961).

Une certaine hiérarchie peut donc être établie parmi ces différents antibiotiques d'après l'importance de leur élimination biliaire.

Streptomycine, *Chloramphénicol* passent le moins bien avec la *Bacitracine* et la *Viomycine*.

Chlortétracycline et *Tétracycline* simple passent déjà un peu mieux.

Oxytétracycline et *Déméthylchlortétracycline* passent assez bien.

Les *Pénicillines* passent bien, en particulier certaines *Pénicillines* de synthèse qui ont une élimination biliaire très importante.

La *Rovamycine*, l'*Erythromycine*, l'*Oléandromycine*, la *Novobiocine* passent très bien.

La *Rifomycine* a une élimination biliaire presque exclusive. L'élimination de la *Colimycine* est encore mal connue.

L'existence d'une hiérarchie dans l'élimination hépatique et le passage biliaire des antibiotiques est certainement importante à connaître pour le choix de la mycothérapie dans les infections biliaires. On a intérêt, en effet, à utiliser de préfé-

rence un antibiotique à élimination biliaire importante, ce qui est confirmé par la grande efficacité habituelle d'antibiotiques comme l'Oxytétracycline et la Spiramycine. Cependant, il faut tenir compte d'un facteur tout aussi important et même plus important : l'étendue et la puissance du spectre d'activité antibactérien de l'antibiotique : il apparaît inutile, en pratique, d'utiliser un antibiotique à élimination biliaire très élevée, mais inactif, ou peu actif, sur les germes coliques qui sont très fréquemment rencontrés, comme nous l'avons vu, alors qu'un antibiotique à élimination biliaire moins élevée, mais très actif sur les germes intestinaux donnera des résultats bien meilleurs. On connaît, par exemple, en clinique, la très grande efficacité que possèdent la Streptomycine ou le Chloramphénicol.

Un dernier point reste à préciser : on peut se demander en effet si les différents facteurs pathologiques rencontrés dans les infections biliaires ne modifient pas l'élimination biliaire des Antibiotiques.

B) Modifications apportées par les conditions pathologiques

A l'état pathologique, trois facteurs peuvent intervenir pour modifier l'élimination biliaire des antibiotiques :

l'état hépatique ;

l'inflammation des voies biliaires ;

les obstructions des voies biliaires :

— du cholédoque,

— du cystique, la vésicule étant exclue.

1° L'ETAT HEPATIQUE

On sait que l'élimination biliaire des antibiotiques se fait par plusieurs mécanismes : simple diffusion par filtration hépatique à partir du sang. (Cook D.-L. et coll., 1952 ; Gilman et Congill, 1933), et par sécrétion active par les cellules hépatiques, comme l'ont montré Mason (1948), Cantarow et Coll. (1948) et Cook D.-L. (1952), par l'étude des clearances. Il est logique de penser qu'une altération du parenchyme hépatique pourra diminuer l'élimination biliaire des antibiotiques. De nombreuses expériences ont prouvé la réalité de ces faits. Il semble cepen-

dant qu'il faille une atteinte hépatique sévère pour entraîner une diminution marquée de cette élimination. Levrat et Brette (1957) l'ont bien étudié : si le Chloramphénol n'est pas éliminé chez des malades ayant une atteinte hépatique grave, par contre des résultats différents furent observés avec la Rovamycine et la Terramycine. Chez deux malades présentant des lésions hépatiques (ictère par rétention prolongée), un certain degré d'insuffisance hépatique n'a pas inhibé l'élimination biliaire, qui resta particulièrement élevée pour la Terramycine.

Tolio (1962) arrive à des conclusions voisines pour la Tétracycline qu'il utilise chez des malades porteurs d'ictère rétionnel.

Preston et coll. (1962) étudient ainsi l'Oléandomycine. Ils notent une diminution et non une disparition de l'élimination biliaire.

Zaslow (1947-50-54) analyse de façon identique le rôle de l'état hépatique dans l'élimination biliaire de la Pénicilline, de la Streptomycine, Chlortétracycline, Oxytétracycline, Tétracycline base, et aboutit aux mêmes conclusions : le foie normal concentre mieux que le foie pathologique, mais on n'observe que bien rarement une inhibition complète de l'excrétion des antibiotiques, plus fréquemment une diminution, en général modérée. Il semble également exister une certaine hiérarchie dans cette élimination par un foie lésé et la Terramycine, la Spiramycine, l'Erythromycine, par exemple, s'éliminent mieux dans ces conditions que le Chloramphénol et la Streptomycine.

De toutes façons, en dehors de circonstances particulières (ictères par rétention prolongée, cirrhoses cholostatique), il est relativement rare, au cours de la lithiase biliaire d'observer une altération importante du parenchyme hépatique.

II° LE ROLE DE L'INFLAMMATION DES VOIES BILIAIRES

Les inflammations des voies biliaires et en particulier de la vésicule ne semblent pas suffisantes à elles seules pour modifier de façon nette l'élimination biliaire des antibiotiques, comme l'ont montré Zaslow (1947-50-54) pour la Pénicilline, la Streptomycine, l'Oxytétracycline, Tolio (1962), Pulaski (1955), Zoboli (1955), pour la Terracycline ordinaire.

On peut considérer que l'état local des voies biliaires modifie peu, en lui-même, l'excrétion biliaire des antibiotiques, quelque soit l'antibiotique utilisé.

III° LES OBSTRUCTIONS DES VOIES BILIAIRES

L'état de perméabilité du cystique joue un rôle fondamental dans la pénétration vésiculaire des antibiotiques. Par contre, l'obstruction du cholédoque ne semble pas empêcher la présence d'une forte concentration des antibiotiques dans la bile cholédocienne.

a) L'OBSTRUCTION DU CHOLÉDOQUE

Les travaux de Zaslow (1947-50-54), Tolio (1962), Levrat et Brette (1957), aboutissent aux mêmes conclusions. L'obstruction du cholédoque ne gêne guère l'élimination hépatique de l'antibiotique.

Levrat et Brette (1957) étudient l'élimination de la Terramycine, Erythromycine, Rovamycine, chez 13 malades présentant un ictère par rétention, par obstacle cholédocien (en majorité lithiasique) et chez 13 malades ayant reçu les mêmes antibiotiques, mais sans obstacle cholédocien (en général, lithiasie vésiculaire simple). Il n'existe pas de différence entre les deux catégories dans l'élimination hépatique des antibiotiques.

b) L'OBSTRUCTION DU CYSTIQUE AVEC VÉSICULE EXCLUE

L'obstruction du cystique joue un rôle important en interdisant l'entrée des antibiotiques dans la vésicule, tout au moins à des taux appréciables.

Levrat et Brette (1957) comparent l'élimination biliaire de la Terramycine, Rovamycine, Erythromycine chez des malades à vésicule exclue et à cystique non perméable et chez des malades à vésicule lithiasique perméable (7 fois sur 9 en cas de vésicule exclue, aucun antibiotique ne peut être dosé dans le liquide vésiculaire).

Tolio (1962) étudie les concentrations vésiculaires de Tétracycline chez huit malades atteints de cholécystite lithiasique chronique, avec obstruction du cystique et compare les résul-

tats avec ceux obtenus dans 16 cas de cholécystite aiguë, avec également obstruction du cystique. Dans 5 cas, aucun antibiotique ne peut être dosé dans le liquide vésiculaire. Dans les autres cas, une certaine quantité d'antibiotique est retrouvée à des taux assez faibles, mais cependant dosables.

Il donne en pré-opératoire 200 à 400 mg de Tétracycline ordinaire *per os* par jour pendant 3 jours (la concentration vésiculaire étant étudiée au moment de l'intervention, 5 à 6 heures après la dernière prise de Tétracycline). On note :

		<i>Cholécystites chroniques</i>		<i>Cholécystites aiguës</i>	
Taux infimes		0 γ /cc	3 fois	0 γ /cc	2 fois
	< 1 γ /cc		3 >	1 - 3 γ /cc	8 >
	> faibles	3,7 γ /cc	1 >	> 3 γ /cc	4 >
	> moyens	10-26 γ /cc	1 >	> 16 γ /cc	1 >

(Le taux de concentration habituelle de la Tétracycline atteint en moyenne 80 γ /cc.) Il apparaît de façon évidente que la perméabilité du cystique joue un rôle capital dans la pénétration des antibiotiques dans la vésicule. Cependant, une certaine quantité (minime, certes) d'antibiotique peut être dosée le plus souvent dans la bile vésiculaire. Ces faits ont été confirmés par Pulaski et Fusillo (1955) ; les antibiotiques arrivant en petites quantités par voie pariétale, il semble alors que l'importance de l'élimination biliaire d'un antibiotique devienne d'un intérêt secondaire, car l'antibiotique ne pénètre pas, de toutes façons, dans la vésicule par les voies biliaires, mais arrive par voie sanguine. Il apparaît paradoxalement plus rationnel d'utiliser de préférence un antibiotique à concentration sanguine importante et prolongée à élimination la plus lente possible. (Par exemple, Erythromycine propionate plutôt qu'Erythromycine simple).

Cette voie sanguine de pénétration vésiculaire n'est pas à négliger non plus en cas de vésicule perméable, car elle permet aux antibiotiques d'atteindre les germes intra-pariétaux, dont nous avons vu la fréquence, et les germes extra-pariétaux en cas de péricholécystite.

En conclusion : différents éléments, d'importance variable, interviennent pour guider le choix de la mycothérapie.

— *La nature des germes en cause* :

Il est regrettable qu'on ne puisse, en règle générale, identifier ces germes avant la mise en cours du traitement. On ne peut se baser que sur des arguments de fréquence. La prépondérance des germes intestinaux impose le choix d'un antibiotique actif sur ces germes, mais, en cas d'échec, il faut savoir penser à la possibilité de germes plus rares, parfois résistants aux antibiotiques habituels (certains Staphylocoques dorés, par exemple, ou certains Streptocoques viridans, pyocyanique) et nécessitant des antibiotiques plus spécifiques ou à spectre plus étendu.

— *La nature des lésions* :

L'existence d'une obstruction du cystique fera préférer un antibiotique à élimination lente, à concentration sérique importante et prolongée, l'obstacle cystique interdisant toute arrivée d'antibiotique par la bile dans la vésicule, la diffusion se faisant uniquement par voie sanguine. Cette voie n'étant, par ailleurs, pas à négliger même en cas de cystique perméable afin d'attendre les germes en leur repère pariétal.

— *L'élimination biliaire des antibiotiques* semble certainement importante à connaître, mais ne représente qu'un des éléments du problème de l'activité antibactérienne d'une antibiotique. On a vu, en pratique, que la majorité des antibiotiques utilisés ont une élimination suffisante bien que faible.

ANALYSE DES RESULTATS PERSONNELS

I. — Données générales

I. — Choix des observations

A) NOTRE ÉTUDE REPOSE SUR L'ANALYSE DES DOSSIERS DE MALADES HOPITALISÉS dans le service du Pr Levrat et du Dr Brette, de 1951 à 1963 (1). Nous n'avons retenu que les dossiers de lithiases biliaires compliquées, pour lesquelles s'est posé le problème d'une intervention chirurgicale. Celle-ci ayant été repoussée soit du fait d'un refus de la part du malade, soit du fait de son âge avancé, ou enfin, de l'existence d'une affection associée compromettant gravement l'acte chirurgical.

Nous avons éliminé les observations dont le recul est inférieur à un an, sauf celles faisant état de complications survenues pendant cette période (c'est-à-dire ayant nécessité une intervention chirurgicale, ou entraîné un exitus) et à mettre au passif de la méthode.

Nous avons retenu 61 dossiers correspondant à 8 hommes et 53 femmes dont les âges se répartissent de la façon suivante :

— moins de 60 ans	9 cas
— 60 à 69 ans	25 cas
— 70 à 79 ans	18 cas
— 80 ans et plus	9 cas

B) SOUS L'ANGLE ANATOMO-CLINIQUE, nous avons distingué deux groupes d'observations :

a) 44 *dossiers de lithiase vésiculaire infectée*, dont 16 comportent des calculs visibles radiologiquement et 4 des calculs vérifiés anatomiquement (intervention ultérieure ou autopsie).

(1) Nous avons utilisé un certain nombre d'observations de la thèse de Romier après avoir demandé des renseignements complémentaires.

Dans 22 autres cas, le diagnostic s'impose cliniquement avec vésicule exclue radiologiquement. Dans deux cas, on ne note aucune élimination biliaire du produit iodé, car l'examen est gêné par une obésité considérable (une insuffisance cellulaire hépatique étant par ailleurs éliminée par des tests biologiques normaux).

b) 17 *observations de lithias cholédocienne*. Dans 8 cas, les calculs étaient visibles radiologiquement, dans 1 cas le diagnostic a été confirmé anatomiquement. Dans tous les autres cas existaient des accès angiocholitiques plus ou moins répétés avec 5 fois une lithias vésiculaire associée à une dilatation cholédocienne, 2 fois une vésicule exclue et un cholédoque dilaté, une fois enfin, une lithias vésiculaire, le cholédoque n'étant pas visible.

C) LES CRITÈRES D'INFECTION :

Notre choix initial s'est basé sur l'aspect de la courbe thermique. Nous n'avons retenu que les malades présentant des signes indiscutables d'infection : température élevée, vitesse de sédimentation accélérée, éventuellement frissons et signes hématologiques. Cependant, quelques-unes de nos observations font état d'une température discrète à l'entrée, aux alentours de 38°. Dans ces cas, nous avons exigé, dans les jours ou les semaines précédentes, l'existence de grands accès fébriles à 39° - 40° ou d'une pyrexie prolongée d'une durée supérieure ou égale à une semaine. (Souvent, la température avait été décapitée par la mycothérapie administrée au service de garde ou par le médecin traitant.) Enfin, nous nous sommes assurés de la présence d'autres signes d'infection : défense pariétale VS. accélérée, hémogramme franchement perturbé.

II. — Traitements pratiqués.

En plus de la mycothérapie sur laquelle porte l'essentiel de notre étude, nous avons utilisé toutes les autres médications classiques : diète hydrique, glace sur le ventre, antispasmodiques et antialgiques, réhydratation et rééquilibration ionique, vitamine KI, transfusions.

a) CHOIX DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE :

L'impossibilité d'isoler le germe responsable impose une technique apparemment empirique. Nos hémocultures ont toujours été négatives, même en cas d'accès angiocholitiques, les malades ayant très souvent déjà reçu un traitement antibiotique de 24 ou 48 heures ; par ailleurs, nous n'avons que rarement pratiqué un tubage duodéal. Chez une malade, la culture de bile a montré la présence d'un colibacille. Nous avons donc été obligés d'essayer un ou plusieurs antibiotiques successifs jusqu'à l'obtention d'un résultat satisfaisant. Ce tâtonnement inévitable dans le choix des antibiotiques n'entraîne pas en pratique à autant de changements qu'on pourrait le redouter. En effet, sur 61 malades, 34 ont reçu un seul antibiotique. Chez les 27 autres, il a fallu recourir 18 fois à 2 antibiotiques successifs, 6 fois seulement à 3 et 1 fois à 4. (Nous ne tenons pas compte ici des traitements qui ont pu être utilisés lors d'une récurrence et qui seront mentionnés plus loin.)

b) NATURE DES ANTIBIOTIQUES :

1° *Lithiase vésiculaire* :

Une apyrexie stable et définitive a été obtenue grâce à un seul antibiotique dans 27 cas, à plusieurs antibiotiques dans 17 cas.

TRAITEMENTS UNIQUES

<i>Antibiotiques utilisés</i>	<i>Nombre de cas</i>
Terramycine	19
Pénicilline - Streptomycine	3
Tifomycine	1
Pénicilline	2
Tétracycline	1
Spiramycine	1
Total	27

TRAITEMENTS MULTIPLES

<i>Nombre d'antibiotiques utilisés</i>	<i>Nature des antibiotiques</i>	<i>Nombre de cas</i>
2	Terramycine/Pénicilline + Streptomycine	9
	Terramycine/Erythromycine	1
	Terramycine/Colimycine	1
	Terramycine/Tifomycine	1
	Total	12
3	Terramycine/Pénicilline + Streptomycine/Auréomycine	1
	Terramycine/Pénicilline + Streptomycine/Erythromycine	1
	Terramycine/Pénicilline + Streptomycine/Sanclo-mycine	1
	Total	3
4	Terramycine/Rovamycine/Colimycine/Streptomycine	1
	Terramycine/Pénicilline/Tifomycine/Erythromycine	1
	Total	2

L'antibiotique le plus fréquemment utilisé est la Terramycine : 36 fois au total, dont 19 fois en traitement unique et 17 fois au cours de traitements antibiotiques successifs. Les autres Tétracyclines (Auréomycine, Tétracycline base, Sanclo-mycine) n'ont été utilisées que 3 fois. L'association Pénicilline-Streptomycine a été administrée 3 fois en traitement unique et 12 fois au cours de traitements multiples, la Tifomycine 3 fois, la Rovamycine 2 fois, la Colimycine 2 fois, l'Erythromycine 3 fois.

2° Lithiase Cholédocienne :

— Traitement antibiotique unique :

La Terramycine a été administrée	5 fois
La Rovamycine » »	1 fois
La Tifomycine » »	1 fois

Nous n'avons utilisé qu'un seul antibiotique 7 fois, dans 6 cas nous avons utilisé successivement 2 antibiotiques, dans 3 cas 3 antibiotiques ; enfin l'apyrexie n'a pu être obtenue dans un cas qu'après l'essai de 4 antibiotiques.

— Traitements antibiotiques multiples :

<i>Nombre d'antibiotiques utilisés</i>	<i>Nature des antibiotiques</i>	<i>Nombre de cas</i>
2	Terramycine/Oléandomycine	1
	Terramycine/Pénicilline + Streptomycine	2
	Terramycine/Tifomycine + Solumédine	1
	Terramycine/Pénicilline	1
3	Terramycine/Rovamycine/Colimycine	2
	Terramycine/Rovamycine/Pénicilline + Streptomycine	1
4	Terramycine/Pénicilline + Streptomycine/Oléandomycine/Antibiotique en expérimentation	1

Là encore, c'est la Terramycine qui a été le plus souvent administrée : 13 fois au total, dont 8 fois en cours de traitements multiples.

c) LA POSOLOGIE :

Nos malades reçoivent habituellement des doses de 1 à 5 millions de Pénicilline, 3 millions de Colimycine, 1 à 2 g de Streptomycine et 2 à 3 g des autres antibiotiques donnés *per os*. L'importance d'une certaine posologie semble indiscutable. à plusieurs reprises, la simple augmentation des doses quotidiennes a permis d'obtenir l'apyrexie.

d) LA DURÉE DU TRAITEMENT :

Elle a varié en fonction de nombreux facteurs : une inefficacité manifeste, des phénomènes d'intolérance, ont obligé à un arrêt précoce. La sévérité du tableau infectieux initial, la

persistance d'un petit fébricule, ont justifié la poursuite de traitements prolongés parfois pendant plus de 6 semaines.

1. *Lithiase vésiculaire* :

≤ 1 semaine : 3 cas. Dans un cas, il s'agit d'un malade décédé dans un tableau azotémique au bout de quelques jours. Dans les 2 autres cas, il s'agit de malades n'ayant pas poursuivi à domicile le traitement conseillé.

— 1-2 semaines : 9 observations.

Il s'agit dans tous les cas de malades qui n'ont pu nous préciser la durée du traitement poursuivi à domicile.

— 2-3 semaines : 14 cas.

— 3-4 semaines : 4 cas.

— 1 mois : 12 cas.

— 2 mois : 2 cas.

2. *Lithiase cholédocienne* :

— 1 semaine : 2 cas (1 cas correspond à un malade décédé très rapidement d'angiocholite urémigène).

— 2 à 3 semaines : 3 cas.

— 3 à 4 semaines : 2 cas.

— 4 à 6 semaines : 6 cas.

— 6 à 10 semaines : 4 cas.

Dans l'ensemble, le traitement des lithiases cholédociennes a été poursuivi plus longtemps que celui des cholécystites.

e) *La tolérance.*

Elle a été, dans la majorité des cas, excellente.

Il est intéressant de noter que les malades souvent nauséux et anorexiques supportent très bien l'antibiothérapie par voie buccale. Cependant, en cas de vomissements importants, il a parfois été nécessaire de recourir à la voie parentérale.

Quelques incidents ont pourtant été observés ; ils seront détaillés ultérieurement.

III. — Les méthodes de travail

Nous avons procédé en deux étapes. Nous avons étudié tout d'abord les résultats immédiats de la mycothérapie, en analysant l'aspect de la courbe thermique, les modifications

locales et biologiques, grâce aux renseignements fournis par les observations.

Pour l'étude des résultats éloignés, nous avons adressé aux malades et aux médecins traitants (2) un questionnaire qui nous a permis, dans la majorité des cas, de retracer l'évolution de la maladie. Nous nous sommes efforcés de recueillir les comptes rendus chirurgicaux et anatomo-pathologiques, de préciser la nature et l'efficacité des traitements antibiotiques qui ont pu être administrés lors d'une récurrence.

II. — Analyse des observations

Exposé des motifs de l'abstention chirurgicale

Il faut noter d'emblée que bien souvent les malades nous ont été adressés après observation de 24 à 48 heures en milieu chirurgical de garde, lorsque la nécessité d'une intervention d'urgence avait été éliminée, ou bien parce qu'un tel geste était rendu difficile du fait de l'âge, ou de la précarité de l'état général.

Les motifs de l'abstention chirurgicale sont multiples et souvent associés.

<i>Motifs d'abstention</i>	<i>Nombre d'observations</i>
Age	13
Obésité	6
Affection cardio-vasculaire	3
Affection pulmonaire	3
Refus	14
Associations morbides (dont 11 fois une affection cardio-vasculaire)	18
Divers	4

(2) Pour tous les renseignements qu'ils ont bien voulu nous donner, nous remercions Messieurs les docteurs : Begou, Desmonceaux, A. Gire, A. Lacroix, A. Martinez, J. Mulletier, J. Meltz, G. Nicolas, H. Vincent, F. Vuillemet, H. Allemand, J. Laforet, Ch. Barbacki, Ch. Escoffier, P. Exaltier.

a) *L'âge* est intervenu 13 fois à l'état isolé.

Il s'agissait toujours de malades de plus de 74 ans et dans 7 cas, de sujets de 80 ans et plus. Il est intéressant de préciser l'année de l'hospitalisation : 8 malades ont été vus de 1952 à 1957, 5 de 1958 à 1963 (dont 3 depuis 1961, tous âgés de plus de 80 ans). Il est évident qu'avec le progrès de la chirurgie, de l'anesthésie et de la réanimation, l'âge constitue de moins en moins une contre-indication opératoire et que ses limites en sont reculées. Il est arbitraire de fixer un âge au-delà duquel doit être évitée l'intervention : c'est une question de bon sens ; nous avons toujours tenu compte, à côté de l'âge réel, de l'aspect général du sujet, de son âge biologique.

b) *L'obésité* (6 cas)

a toujours été une contre-indication temporaire. Malheureusement, les malades ont rarement suivi les conseils prodigués ; intervention chirurgicale après cure d'amaigrissement, et ne sont revenus qu'après plusieurs récives.

c) *La présence d'une maladie cardiaque ou vasculaire*

est intervenue 3 fois à l'état isolé, 11 fois en association avec d'autres affections, ce qui porte à 14 le nombre de malades qui n'ont pas été opérés en raison de leur état cardiovasculaire.

Il s'agit :

— d'hypertension artérielle dans 8 cas ; hypertension artérielle en général sévère, avec retentissement pluri-viscéral (oculaire, cardiaque, rénal). Les hypertensions non ou légèrement décompensées n'ont été prises en considération qu'en cas d'association morbide (diabète, obésité, affection pulmonaire, etc...) Dans 3 cas, nos malades étaient au stade de l'asystolie majeure avec une fois un angor coronarien surajouté ;

— d'insuffisance cardiaque en dehors de l'hypertension : 5 cas (il s'agissait de myocardie sénile, d'arythmie complète essentielle dans 2 cas, de rétrécissement aortique, d'arythmie complète chez un mitral, d'insuffisance aortique endocarditique sur cœur vasculaire sénile) ;

— Angor coronarien : 1 cas : angor ancien à crises de plus en plus rapprochées, avec EEG très perturbé chez un malade de 75 ans.

d) *Les affections pulmonaires :*

Elles ont été le seul élément de la contre-indication opératoire dans 3 cas : il s'agissait de malades porteurs d'insuffisance respiratoire sévère, avec dyspnée au moindre effort. A l'origine de cette insuffisance respiratoire, on note 2 fois une bronchite chronique, une fois un asthme à dyspnée continue (dans un cas, l'intensité du syndrome avait imposé un reclassement professionnel).

Dans deux cas, il ne s'agissait que d'un des éléments ayant fait repousser l'acte chirurgical : grande scoliose d'une part, paralysie phrénique droite d'autre part.

e) *Refus :*

14 malades ont refusé formellement l'intervention.

f) *Les associations morbides concernent 18 malades se répartissant de la façon suivante :*

Affection cardio-vasculaire + âge + obésité	2 cas
Affection cardio-vasculaire + âge	6 cas
Affection cardio-vasculaire + âge + scoliose	1 cas
Affection cardio-vasculaire + diabète + obésité	1 cas
Affection cardio-vasculaire + obésité	1 cas
Refus + âge + obésité	1 cas
Refus + paralysie diaphragmatique	1 cas
Refus + troubles psychiques	1 cas
Obésité + âge	3 cas
Obésité + diabète	1 cas

g) *Aux 4 motifs d'abstention « divers » correspondent :*

— 2 observations de malades présentant une azotémie importante par angio-cholite urémigène probable.

— Dans 1 cas, la cause de l'abstention n'a pu être précisée.

— Le dernier cas concerne une malade de 68 ans, hospitalisée en 1951 pour une fistule biliobronchique. Si les antécédents ne laissent guère de doute sur l'origine biliaire de cette fistule, l'absence d'ictère pouvait faire discuter un calcul

intra-hépatique et l'on ne disposait pas encore de la biligraphie IV qui aurait peut-être permis de mettre en évidence l'obstruction cholédocienne.

Les cholécystites lithiasiques aiguës et subaiguës

Ce groupe comprend 44 malades dont 3 hommes et 41 femmes.

I. — TABLEAU INFECTIEUX PRESENTE PAR LES MALADES LORS DE LEUR HOSPITALISATION.

— A) SIGNES GÉNÉRAUX :

a) la température

Est constamment augmentée (puisque son existence a déterminé le choix des observations), mais à des degrés variables.

— Dans 9 cas elle était discrète le jour de l'hospitalisation entre 37°5 et 38°.

Les observations ont cependant été retenues en raison de l'existence d'une température élevée dans les antécédents ou d'autres signes patents d'infection. En effet, dans les 5 cas, on note de grands clochers thermiques à 39° ou 40° dans le mois ou la semaine ayant précédé l'hospitalisation, et vérifiés à plusieurs reprises. Dans 2 cas, on ne retrouve pas de grands accès fébriles, mais une température à 38° rebelle depuis une semaine, accompagnée de frissons répétés. Dans 2 cas, enfin, si la température ne dépassait pas 38°, la V.S. était très accélérée et les signes hématologiques témoignaient d'une suppuration profonde.

— Dans 19 cas, il s'agissait d'une fièvre modérée, entre 38° et 39°. Dans 9 cas, il existait des signes antérieurs d'infection, soit sous la forme d'accès fébriles répétés > 39°, soit sous la forme d'une température persistante en plateau. Dans 2 cas, on notait des signes hématologiques sévères d'infection.

— Dans 16 cas enfin, la température était supérieure à 39°.

b) *la vitesse de sédimentation*

La V.S. mesurée à l'entrée dans le service était toujours accélérée (sauf dans 2 cas).

- Dans 6 cas : peu accélérée ≤ 20 %.
- Dans 14 cas : entre 20 et 40
- Dans 24 cas : > 40 %

c) *24 observations mentionnant un hémogramme.*

Dans 13 cas seulement existait une leucocytose avec polynucléose.

d) Il faut signaler enfin (bien que nous n'en fassions pas formellement un critère d'infection), *l'installation d'une albuminurie au moment de la cholécystite dans 7 cas.* De taux généralement modéré, inférieure à 1 g/l, elle ne s'est jamais accompagnée de signes cytologiques de néphrite.

— B) LES SIGNES LOCAUX :

Paraissent très inconstants dans nos observations, ceci étant lié d'une part à la difficulté de l'examen clinique chez certains malades obèses, d'autre part à l'utilisation de la glace et des antibiotiques avant l'hospitalisation.

On note une défense pariétale chez 10 patients, une grosse vésicule douloureuse dans 7 cas (dans un cas, celle-ci n'a pu être perçue qu'après disparition de la défense pariétale).

— C) L'ANCIENNETÉ DE L'INFECTION VÉSICULAIRE :

La détermination de l'ancienneté de l'infection vésiculaire est difficile, soumise aux aléas de l'interrogatoire, surtout lorsqu'il ne s'agit pas de la première manifestation bruyante de la lithiase. Certains accès fébriles antérieurs ayant pu passer inaperçus, ou bien, à l'inverse, on risque d'attribuer abusivement à la lithiase des poussées thermiques d'autre origine. Nous n'avons retenu que les éléments ne prêtant pas à discussion.

Dans 8 cas, rien ne permet de préciser la date de l'infection. Dans les autres, elle se situe de la façon suivante :

— 1 à 4 jours	20 cas
— 4 à 10 jours	4 cas
— 10 à 21 jours	6 cas
— 1 à 4 mois	7 cas
— 1 an	2 cas

II. — RESULTATS IMMEDIATS

— A) ACTION SUR LES SIGNES GÉNÉRAUX

a) *L'effet sur la température* nous a permis d'individualiser plusieurs types de courbes thermiques.

— Chute thermique rapide, à partir d'une température élevée supérieure à 39°, avec apyrexie totale en 2 à 4 jours, ne nécessitant l'emploi que d'un seul antibiotique : 6 cas.
(Cliché n° 1.)

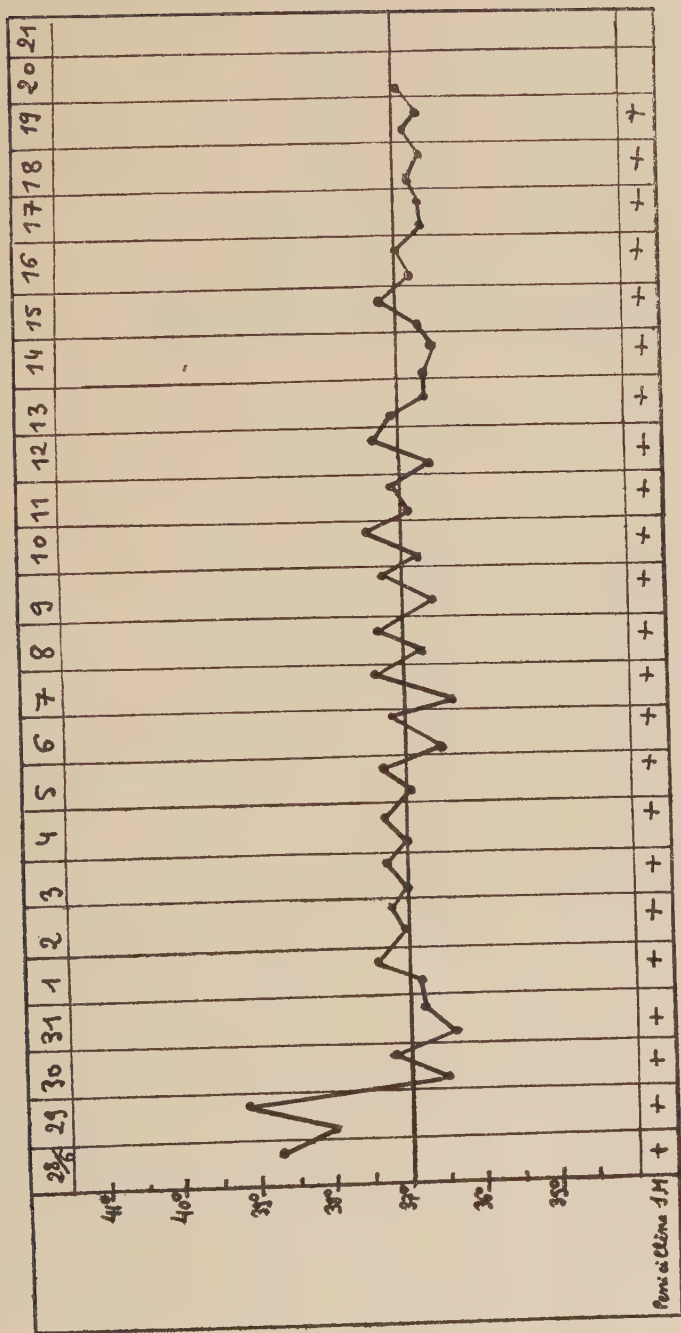
— Baisse lente mais régulière d'une température en général peu élevée : entre 38° et 39°. L'apyrexie stable et définitive n'étant obtenue qu'au bout de 1 à 3 semaines : 20 cas.
(Cliché n° 2.)

— Chute thermique souvent spectaculaire avec apyrexie, mais au bout de quelques temps réascension thermique nécessitant l'emploi d'un nouvel antibiotique : 3 cas. Ce phénomène ayant pu se reproduire plusieurs fois chez le même malade nécessitant l'emploi de 3, voire 4 antibiotiques.
(Cliché n° 3.)

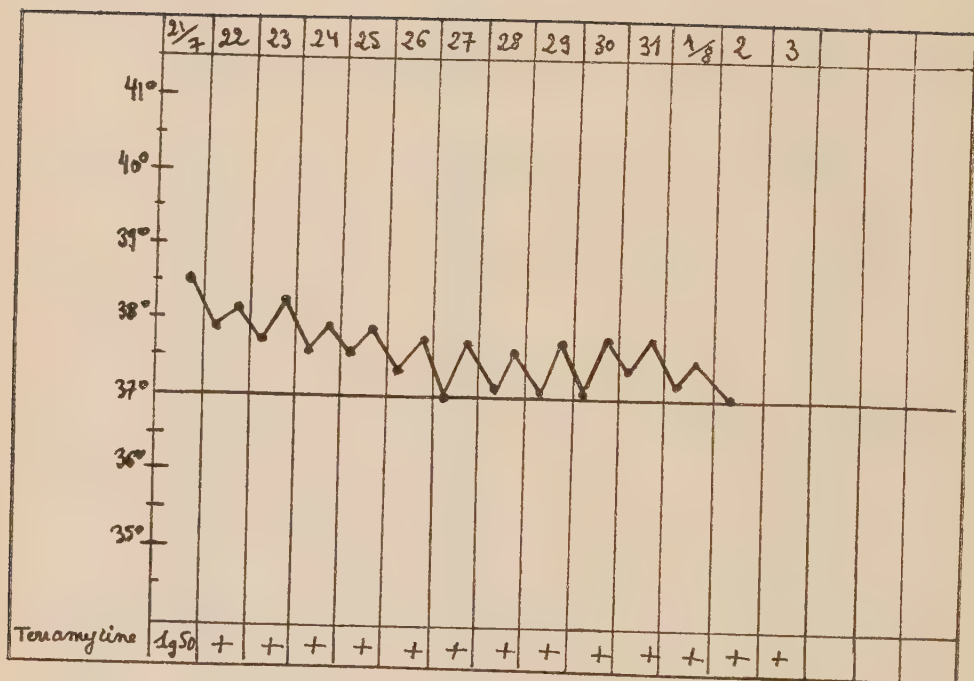
— La température tombe par paliers successifs imposant chaque fois un changement d'antibiotique : 10 cas.
(Cliché n° 4.)

Le premier antibiotique utilisé a une action indiscutable, mais incomplète sur la température qui atteint un plateau stable au bout d'un certain temps, comme si les effets du traitement s'étaient épuisés.

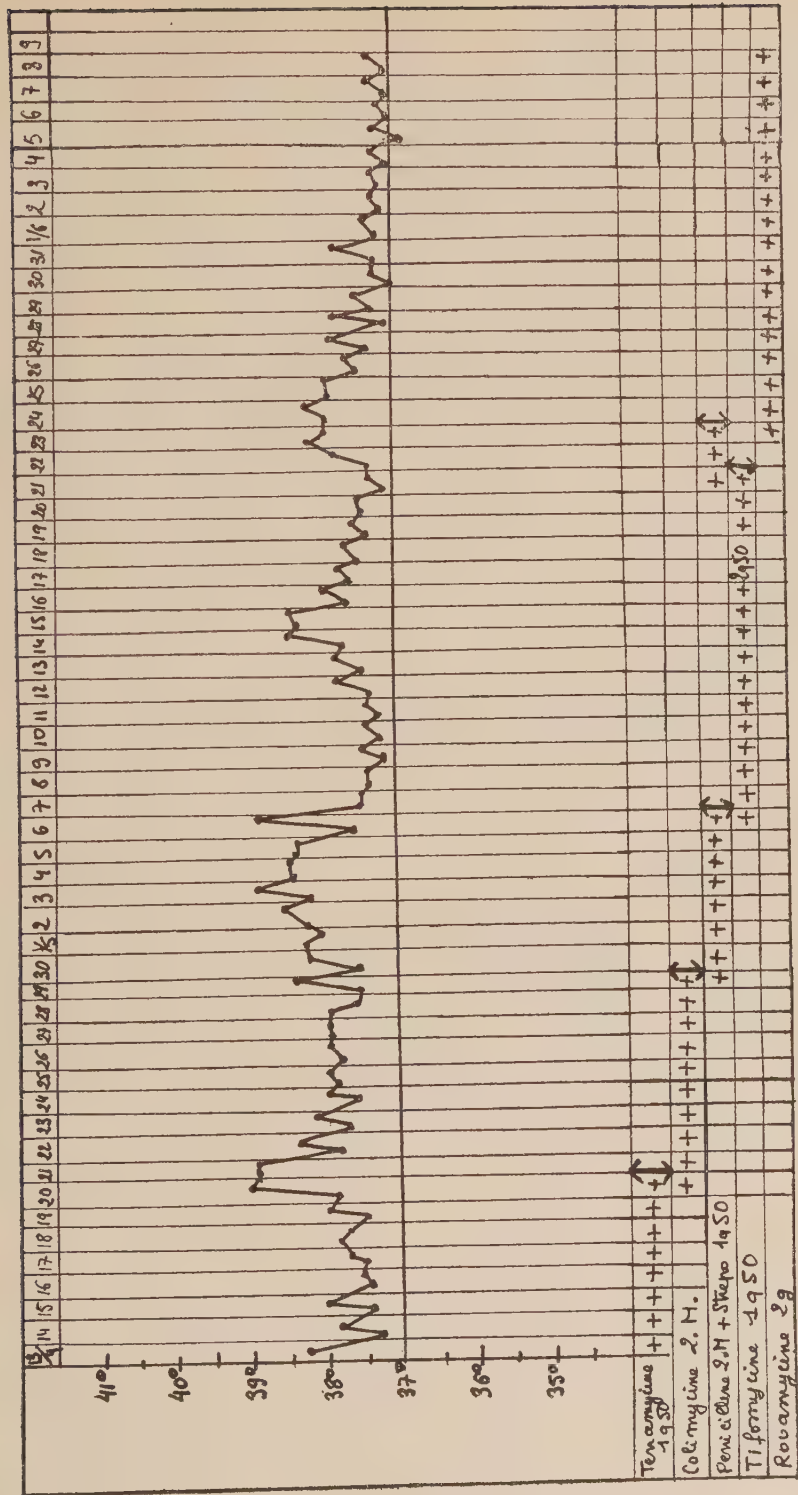
Dans 7 cas, ce plateau a été atteint assez rapidement au bout de 7 à 10 jours ; dans 3 cas, il est apparu tardivement au bout de 2 à 3 semaines.



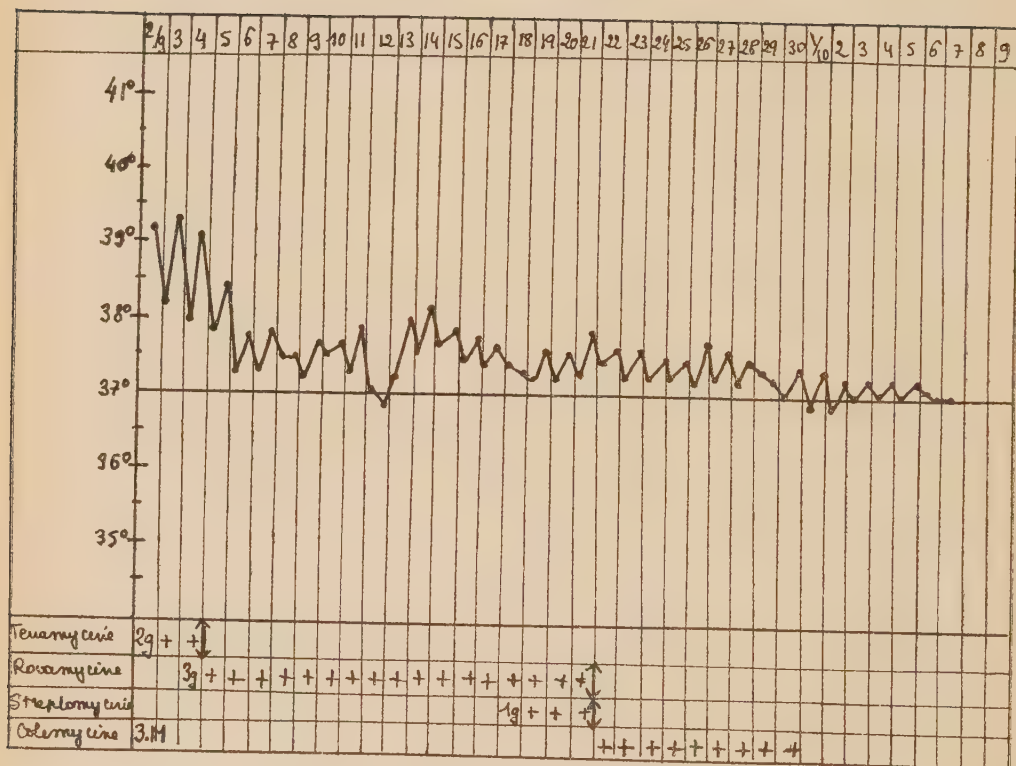
M. Mo... 7.700 cliché n° 1



Mme Cl... 17.689 cliché n° 2



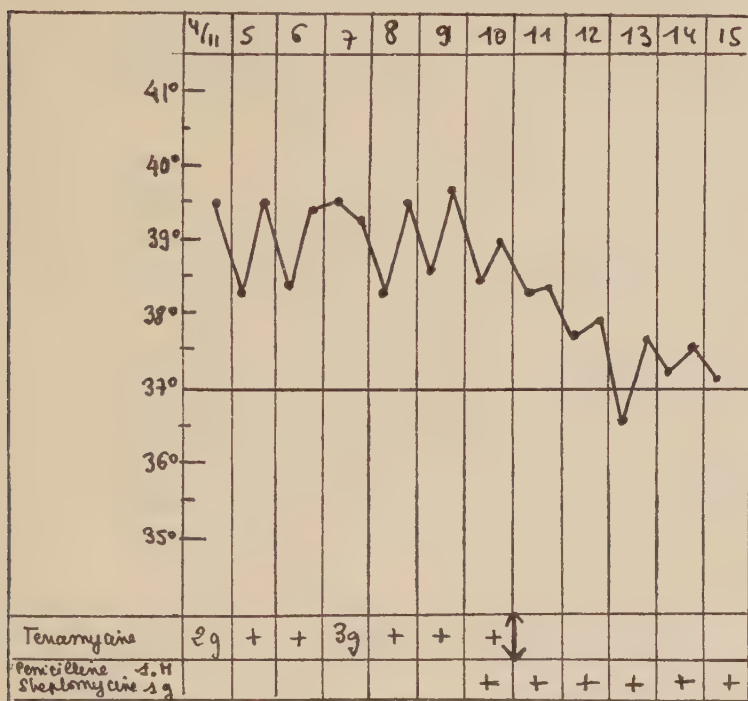
Mme Pe... 10.848 cliché n° 3



Mme Sa... 7.627 cliché n° 4

Si dans 8 cas, l'apyrexie a pu être obtenue grâce à l'emploi de deux antibiotiques, dans 2 cas, nous avons observé plusieurs paliers successifs nécessitant l'emploi de 3 et même 4 antibiotiques.

— Dans 4 cas, la température n'a pas été sensible au traitement qu'il a fallu changer au bout de 3 à 5 jours.



Mme Ka... 9.409 cliché n° 5

— Dans 1 cas enfin, la mycothérapie a été totalement inefficace et le malade est décédé rapidement dans un tableau azotémique.

b) Effet sur la vitesse de sédimentation :

La V.S. n'a été vérifiée que 18 fois à la fin du traitement ; une action nette mais toujours incomplète a été notée dans 11 cas :

- Diminution de 20 à 30 % 7 fois
- Diminution de 15 à 20 % 4 fois

Les modifications observées dans les autres cas ne méritent pas d'être retenues.

c) *Les signes hématologiques :*

2 observations seulement comportent un hémogramme exactement au début et à la fin du traitement. Dans ces 2 cas, les perturbations initiales ont été corrigées.

d) *En ce qui concerne l'albuminurie*, l'évolution n'a été précisée que dans 2 observations où on note sa disparition. .

— B) ACTION SUR LES SIGNES LOCAUX :

10 malades présentaient une défense pariétale à l'entrée, les dossiers cliniques affirment sa disparition dans 9 cas. Nous manquons de renseignements pour 1 malade.

Les signes locaux disparaissent très rapidement, en général en 24 à 48 heures.

Sur 7 malades porteurs d'une grosse vésicule, les observations affirment sa disparition dans 3 cas. Dans 3 autres cas, l'état de la vésicule n'est pas mentionné. Dans 1 cas, on peut affirmer sa persistance.

— C) LES COMPLICATIONS :

Les unes sont liées à l'affection biliaire, les autres à la thérapeutique responsable de ses complications propres.

a) Nous devons déplorer à ce stade 1 *décès*. Cette observation, déjà évoquée, est celle d'une malade de 69 ans (9173) considérée comme atteinte d'angiocholite urémigène : clochers thermiques répétés à 39°5, accompagnés de frissons, ictère, purpura avec azotémie à 2 gr 30. Le traitement n'entraîna qu'une chute thermique transitoire ; une diarrhée profuse s'installa et la mort survint au 7^e jour dans un tableau de déshydratation et de collapsus. La vérification anatomique montra une cholécystite lithiasique suppurée, mais une voie biliaire principale normale. Il est possible que la mycothérapie soit partiellement responsable de la diarrhée aggravant les désordres hydro-électrolytiques.

b) *Les complications* propres à l'antibiothérapie ont été notés chez 3 malades, mais n'ont pas empêché la reprise d'un traitement ultérieurement. Il s'agit de :

— diarrhée à staphylocoque doré dans 1 cas, apparue après 10 jours de Terramycine à la dose de 2 g/j. Cette diarrhée a cédé au traitement symptomatique et un autre antibiotique a pu être repris par la suite sans incident ;

— stomatite dans les 2 autres cas. Installée une fois après 4 jours de Terramycine à la dose de 1 g 50. Dans l'autre cas, cette complication est apparue au cours d'un traitement à la Sanclomycine (2 g/j. pendant 3 jours), qui a en outre entraîné une éruption scarlatiniforme. Chez ce même malade, la persistance de signes infectieux a nécessité la reprise de la mycothérapie : Streptomycine (associée à la Pénicilline) 1 g pendant 19 jours, responsable de vertiges persistant 6 mois plus tard.

III. — LES RESULTATS ELOIGNES

Nous avons distingué 3 groupes de malades en fonction de l'évolution ultérieure. Le premier groupe comporte 23 malades qui n'ont pas présenté de nouvelles manifestations hépato-biliaires. Nous avons classé dans ce groupe 5 malades se plaignant de troubles digestifs mineurs. Le 2^e groupe concerne 13 malades ayant souffert de récidives, dont certaines ont nécessité une seconde hospitalisation et un nouveau traitement antibiotique. Enfin, le 3^e groupe comprend 7 malades dont l'état a nécessité une intervention chirurgicale.

I^o - RÉSULTATS FAVORABLES

Sur 23 malades, 18 n'ont présenté strictement aucun trouble, 5 signalent des manifestations digestives peu intenses : nausées, intolérance alimentaire, épisodes diarrhéiques, brûlures épigastriques post-prandiales lors des écarts de régime.

Nous possédons un recul de durée variable : de 1 à 5 ans dans 12 cas, supérieur à 5 ans dans 11 cas (dont 2 cas de plus de 10 ans).

<i>Recul</i>	<i>Nombre de cas</i>
1 - 2 ans	2
2 - 3 »	2
3 - 4 »	5
4 - 5 »	3
5 - 6 »	3
6 - 7 »	1
7 - 8 »	3
8 - 9 »	2
10 - 11 »	1
11 - 12 »	1

3 de ces malades sont décédés par :

- œdème aigu du poumon au bout de 2 ans et demi, chez un malade dont l'état cardio-vasculaire avait fait repousser l'acte chirurgical ;
- asystolie aiguë au bout de 6 ans et demi ;
- une malade n'ayant présenté aucune nouvelle manifestation digestive est morte 2 ans plus tard d'un cancer pulmonaire. Il n'a pas été pratiqué de vérification anatomique.

II° - RÉCIDIVES N'AYANT PAS ABOUTI A UN TRAITEMENT CHIRURGICAL

Ce groupe concerne 13 malades :

A) *Une malade (12 306) est décédée peu de temps après sa sortie de l'hôpital à l'âge de 81 ans dans un tableau douloureux abdominal non fébrile, pour lequel il n'a pas été fait de diagnostic précis. L'âge, l'état cardio-vasculaire avaient fait préférer un traitement médical. Il est logique de rattacher ce décès à l'affection biliaire.*

B) *Les 12 autres observations font état de récidives douloureuses, parfois fébriles et ictériques.*

a) - *les observations :*

— 3 malades ont présenté des manifestations douloureuses peu intenses, accompagnées dans un cas d'une poussée thermique fugace, ayant régressé spontanément.

— Chez 9 autres malades, les récurrences douloureuses ont été plus violentes, toujours fébriles, avec une fois un épisode ictérique.

Dans deux cas, les troubles ont régressé spontanément, dans 2 cas, le traitement antibiotique administré par le médecin traitant a été immédiatement efficace.

Mais 5 malades ont dû être hospitalisés après une période de guérison apparente d'une durée variable de 2 mois à 3 ans. La température était modérément élevée dans 3 observations (38°5), aux alentours de 40° dans 2 observations. Un nouveau traitement antibiotique a été administré chaque fois (dans 3 cas, l'antibiotique utilisé lors du premier séjour s'est révélé également actif). 2 fois, il a fallu administrer successivement 2 antibiotiques, le premier se révélant inefficace d'emblée ou secondairement. La mycothérapie a été poursuivie pendant 2 à 6 semaines sans incidents. Depuis ces récurrences, une période de 1 à 2 ans s'est écoulée pour 3 malades, de 4 et de 8 ans pour les autres. Une malade s'obstinant dans son refus a fait une troisième récurrence qui a entraîné l'hospitalisation dans un autre service où elle a été traitée une fois encore médicalement.

b) - *le recul* :

9 malades ont un recul < 5 ans, 3 malades > à 5 ans, dont 1 de plus de 10 ans :

<i>Recul</i>	<i>Nombre d'observations</i>
1 - 2 ans	2
2 - 3 »	3
3 - 4 »	3
4 - 5 »	1
6 - 7 »	1
8 - 9 »	1
10 - 11 »	1

c) - 3 malades de ce groupe sont décédés.

1 à 70 ans de cause non précisée.

1 d'un cancer utérin à 71 ans.

1 d'une pneumopathie chronique à 83 ans.

III° - MALADES OPÉRÉS SECONDAIREMENT

7 malades ont été opérés du fait de récidives ou de complications.

a) *les observations :*

— 6 cas concernent des sujets ayant formellement refusé l'intervention, ou bien, en ayant laissé passer l'heure.

- Dans un cas l'intervention avait été refusée d'emblée.

- Dans 4 cas, l'obésité avait fait poser une contre-indication temporaire. Du fait de leur négligence, ces malades ne sont pas revenues se faire opérer à la date prévue, après régime amaigrissant. Elles ont attendu une ou plusieurs récidives.

- Dans le dernier cas, en raison de l'âge (76 ans), l'intervention n'avait pas été proposée lors du premier séjour en novembre 1956. La malade est revue 3 mois plus tard à l'occasion d'une récidive douloureuse et fébrile ; elle refuse la laparotomie, qui est cette fois-ci, formellement conseillée. L'intervention n'a lieu que 4 mois plus tard, en raison d'un état douloureux subintrait.

- Dans un cas seulement, la contre-indication opératoire avait été posée par nous en raison de l'insuffisance respiratoire (dyspnée aux petits efforts, blocage diaphragmatique en scopie). C'est 2 ans et demi plus tard, à l'occasion d'une crise douloureuse, que fut pratiquée l'intervention.

b) *Période de guérison apparente*

Les malades étaient restés cliniquement guéris pendant une période de 3 mois à 7 ans.

1 an	1
1 - 2 ans	2
2 - 3 ans	1
5 - 6 ans	1
6 - 7 ans	2

c) *Exposé des manifestations ayant imposé l'intervention*

— Crises douloureuses violentes, sans manifestation infectieuse : 3 cas. Chez une malade, la crise douloureuse s'est accompagnée de phénomènes subocclusifs.

— 1 à 3 crises douloureuses fébriles : 2 cas.

— 2 à 3 crises douloureuses fébriles ictériques : 2 cas. Chez ces deux malades, en raison d'un nouveau refus, on tente un traitement antibiotique. Dans un cas, la Terramycine administrée *per os* pendant une semaine à l'hôpital, puis à domicile, n'a pas empêché une troisième récurrence. Dans l'autre cas, on observe sous Pénicilline et Streptomycine deux poussées successives d'angiocholite.

d) *Les constatations opératoires :*

Le diagnostic de lithiase biliaire a été confirmé dans tous les cas. Pour une malade, nous n'avons pu obtenir de compte rendu opératoire.

Nous avons groupé dans le tableau ci-contre les constatations opératoires, anatomo-pathologiques, bactériologiques et l'évolution.

Différents points sont à préciser.

— L'infection :

L'examen bactériologique du contenu vésiculaire n'a été pratiqué que deux fois. Dans un cas, la vésicule contenait du pus septique, des germes ont été également trouvés dans le cystique. Dans l'autre cas, l'examen bactériologique s'est révélé négatif.

— Des adhérences importantes ont été notées 3 fois : adhérences épiploïques, et duodénales, réalisant dans un cas un véritable blocage de la région sous-hépatique.

— Des fistules ont été trouvées 3 fois :

- cholécysto-duodénale,
- cholécysto-cholédocienne,
- enfin, dans 1 cas, fistule double : cholécysto-duodénale et cholécysto-cholédocienne.

NOMS	Age au moment de l'intervention	Période de guérison apparente	Constataions opératoires		Anatomo- pathologie	Nature de l'intervention	Suites opératoires
			Examen bactériolo- gique	Nature des lésions			
BR... 21.010	57	1 à 2 ans	0	Nombreux petits calculs à facettes	Vésicule à parois épaisses	Cholécystectomie	Simple
FA... 14.107	53	1 à 2 ans	Cystique et vésicule : germes ++ pus	Enorme calcul. Adhérences intimes avec l'épiploon et le duodénum. Cholédoque dilaté. Magma de pigments non concrétés dans le cholé- doque	Vésicule à parois lardacées, conte- nu purulent	Cholécystectomie + cathétérisme du cholédoque	Simple
AR... 15.489	39	5 à 6 ans	0	Fistule cholécysto-duodénale	Vésicule scléro- atrophique	Suture de l'orifice duodénal. Cholécystectomie Cholécocotomie de sécurité	Simple
CR... 14.133	76	3 mois	Pas de germes	Adhérences épiploïques, fis- tule cholécysto - cholédo- cienne. Calculs cholédo- ciens, échappés par la fis- tule. Sclérose sphincté- rienne	Vésicule scléro- atrophique	Cholécystectomie Cholédoco - duodé- nostomie	Simple

8.838	04	2 - 3 ans	0	grosse vésicule emplie de calculs. Cholédogue dilaté. Maladie du sphincter ?	?	?	d'insigne inflammation récente	Cholécystectomie exploratrice. Cathéterisme et dilatation de l'Oddi	simples
BO... 15.054	55	6 - 7 ans	?					Cholécystectomie	simples
RO... 10.393	71	6 - 7 ans	0	Fistule cholécysto - cholédocienne. Fistule cholécysto-duodénale. Rétrécissement du bas cholédoque. Blocage très serré de la région sous-hépatique			Vésicule réduite à un petit moignon fistulisé dans le duodénum	Reconstitution par sutures de la perte de substance de la V.B.P. Drain de Kehrer. Sonde de Pezzer dans l'orifice duodénal.	Persistance de la fistule duodénale ayant nécessité une G.E.A. Dé-cés 11 jours plus tard

MALADES AYANT SUBI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE
(lithiase vésiculaire infectée)

— Des modifications du cholédoque ont été retenues dans 3 cas.

— dilatation liée à la présence d'un magma de pigments : 1 fois ;

— sclérose du sphincter : 2 fois.

— Enfin un geste sur le cholédoque a été nécessaire chez 4 malades.

— cholédocotomie,

— Cholédoco-duodénostomie,

— duodénostomie, cathétérisme et dilatation du sphincter,

— suture d'une brèche fistuleuse.

e) les suites opératoires :

Ont été simples dans 6 cas Un décès est à déplorer : il s'agissait d'une malade de 71 ans, porteuse d'une double fistule cholécysto-cholédocienne et cholécysto-duodénale La persistance de la fistule duodénale a nécessité une réintervention avec gastro-entéro-anastomose Le décès est survenu 11 jours après, par infarctus myocardique ou ictus. Il est bien évident que si cette malade avait été opérée 6 ans et demi plus tôt, lorsque nous le lui avons conseillé, l'issue fatale aurait probablement pu être évitée.

Les lithiases cholédociennes fébriles

Ce groupe comprend 17 malades dont 5 hommes et 12 femmes. Les âges se répartissent de la façon suivante :

68 - 69 ans	2 cas
70 - 79 ans	10 cas
≥ 80 ans	5 cas

1° TABLEAU PRESENTE PAR LES MALADES LORS DE LEUR HOSPITALISATION.

A) - LES SIGNES GÉNÉRAUX :

— la température

● Discrètement élevée, entre 37°5 et 38° : 5 cas. Ces observations ont été retenues, car dans 3 cas existaient depuis 2 à 6 mois des épisodes douloureux, parfois ictériques, avec

température à 39°. Dans un cas le malade présentait depuis un an des ictères à répétition. Dans un cas la température n'avait pas été contrôlée à domicile, mais les crises douloureuses fréquentes étaient chaque fois accompagnées de grands frissons avec choliurie transitoire. Dans tous les cas, la vitesse de sédimentation était accélérée ; 3 observations font état de signes hématologiques d'infection.

- | | |
|-------------------|-------|
| ● entre 38° - 39° | 5 cas |
| ● > 39° | 7 cas |

— *la vitesse de sédimentation* mesurée à l'entrée est constamment accélérée :

- | | |
|-------------|-------|
| — 20 à 40 % | 6 cas |
| — > 40 % | 7 cas |

— *signes hématologiques*

12 observations mentionnent un hémogramme. Des signes sanguins d'infection sont notés 10 fois,

— *l'albuminurie*

est trouvée 3 fois, s'accompagnant dans un cas d'une azotémie à 0,67 qui a très vite augmenté réalisant un tableau d'angiocholite urémigène.

— Enfin, *une azotémie isolée* a été notée 2 fois (entre 0,60 et 0,90).

B) - L'ICTÈRE :

Nous avons éliminé les « subictères conjonctivaux » pour ne retenir que les ictères francs. 10 observations font état à un moment de leur évolution d'ictère indiscutable.

C) LES SIGNES LOCAUX :

Ont été trouvés 2 fois sous la forme d'une défense pariétale.

D) - ENFIN NOUS AVONS ESSAYÉ DE PRÉCISER L'ANCIENNETÉ DE L'INFECTION BILIAIRE :

<i>Ancienneté de l'infection</i>	<i>Nombre de cas</i>
1 à 4 jours	8
4 à 10 jours	1
10 à 21 jours	2
1 à 6 mois	5
1 an	1

2° RESULTATS IMMEDIATS :

A) - L'ACTION SUR LES SIGNES GÉNÉRAUX :

a) *La température*

On peut individualiser, comme au cours des cholécystites, plusieurs types de courbes thermiques :

— Action très rapide du traitement :

- sur une température élevée, supérieure à 39° avec apyrexie totale au bout de 2 à 4 jours, ne nécessitant l'emploi que d'un seul antibiotique (2 cas) ;
- sur une température modérément élevée (3 cas).

— Action lente, mais régulière sur une température généralement peu élevée, avec apyrexie stable au bout de 2 à 3 semaines (2 cas).

— Action incomplète de la mycothérapie, la température se stabilisant à un certain palier obligeant à utiliser 2 et même 3 antibiotiques avant d'obtenir l'apyrexie.

— Chute thermique rapide avec, au bout de quelques jours, réascension thermique nécessitant, soit le changement de la mycothérapie (3 cas), soit la reprise du même antibiotique trop précocement interrompu (1 cas). Un malade a même fait 2 clochers thermiques successifs, obligeant chaque fois à changer d'antibiotique.

— Echec de la mycothérapie initiale obligeant à un changement au bout de 2 à 3 jours (4 cas), nécessitant 2 et 3 antibiotiques successifs. Un de ces malades est décédé rapidement d'angiocholite urémigène. Dans 1 cas, la température persistant à 39°3 au bout de 48 heures, nous n'avons pas interrompu la Pénicilline, mais nous lui avons associé la Terramycine qui a entraîné une chute thermique rapide.

b) *La vitesse de sédimentation :*

Elle n'a été vérifiée en fin de traitement que 8 fois. Le chiffre a baissé de 15 à 20 % chez deux malades, chez un autre de 20 à 30 %, mais restait toujours pathologique. Les autres observations font état de modifications qui ne méritent pas d'être retenues.

c) *L'hémogramme :*

5 malades ont bénéficié d'un contrôle hématologique exactement au début et à la fin du traitement. Les signes infectieux d'entrée se sont corrigés dans 4 observations.

B) - ACTION SUR L'ICTÈRE :

L'ictère noté 10 fois a régressé chez 9 malades en 1 à 3 semaines.

Le 10^e cas concerne le malade déjà signalé, décédé quelques jours après son hospitalisation.

C) - ACTION SUR LES SIGNES LOCAUX ET LA DOULEUR :

La défense pariétale, relevée 2 fois, a disparu très rapidement.

L'action de la mycothérapie sur la douleur est difficile à apprécier, car celle-ci s'est bien souvent atténuée lors de l'hospitalisation sous l'influence de la glace, des antispasmodiques et des analgésiques. Cependant, il est possible d'établir le rôle de la mycothérapie dans 2 cas : le premier cas concerne une malade hospitalisée peu de temps après un accès douloureux fébrile ayant cédé à domicile sous l'influence de la Tifomycine. La température étant peu élevée à l'entrée, elle n'a pas reçu d'emblée un traitement anti-infectieux, mais seulement au bout

de 3 jours, pendant lesquels elle n'a cessé de souffrir malgré les antispasmodiques et les calmants. 48 heures après l'administration de Terramycine, les douleurs ont complètement disparu. La deuxième observation est celle d'une malade dont l'état fébrile et douloureux persistait après 9 jours de Terramycine. La Rovamycine a entraîné une disparition rapide des douleurs rebelles jusqu'alors.

D) - COMPLICATIONS :

a) *Liées à l'affection biliaire :*

Un décès précoce est survenu chez un homme de 69 ans (10409) hospitalisé pour un ictère fébrile évoluant depuis un mois. Le malade est mort au bout d'une semaine dans un tableau d'angiocholite urémigène.

b) *La mycothérapie* est responsable d'une seule complication : des phénomènes d'intolérance digestive ont obligé à remplacer la Terramycine orale par la Tifomycine bien supportée.

3° LES RESULTATS ELOIGNES :

Comme pour les cholécystites, nous avons distingué trois groupes de malades : 6 n'ont présenté aucune nouvelle manifestation biliaire ; 9 ont eu une évolution troublée ayant, dans 1 cas, abouti à une intervention chirurgicale. Enfin nous connaissons mal le devenir d'un malade décédé 6 ans 1/2 après son hospitalisation à l'âge de 85 ans.

1° EVOLUTION FAVORABLE : 6 cas.

5 malades n'ont présenté aucune manifestation hépatobiliaire, 1 malade signale quelques troubles dyspeptiques.

On possède un recul variable : dans 2 cas seulement supérieur à 5 ans.

1 - 2 ans	2
2 - 3 ans	1
4 - 5 ans	1
5 - 6 ans	1
7 - 8 ans	1

Une de ces malades est décédée d'un accident vasculaire cérébral.

2° RÉCIDIVES : 9 cas.

4 malades ont présenté des crises douloureuses d'intensité modérée, accompagnées trois fois d'une élévation thermique transitoire et une fois d'un subictère.

Les 5 autres malades ont fait un nouveau séjour dans le service.

Cette nouvelle hospitalisation a eu lieu après une période de guérison apparente, de quelques mois à 8 ans. Dans 4 cas la température était modérément élevée : aux alentours de 38°, dans 1 cas seulement elle atteignait 39°. Un nouveau traitement antibiotique a été administré dans tous les cas pendant 1 à 6 semaines. Dans 1 cas, 4 antibiotiques successifs se sont révélés inefficaces.

2 observations méritent d'être détaillées :

Une malade (6610) est décédée au cours de cette récidue. Il s'agit d'une femme de 68 ans hospitalisée en 1951 pour une fistule bilio-bronchique. Ses antécédents (cholécystectomie ancienne), ne laissent guère de doute sur l'origine lithiasique de cette fistule, mais l'absence d'ictère pouvait faire discuter un calcul intra-hépatique et l'on ne disposait pas de la cholécystographie IV. La malade est restée cliniquement guérie pendant 21 mois. Elle est revenue en 1954 dans un état de cachexie extrême, avec anémie, déshydratation, de la fièvre et des signes pulmonaires, mais sans bile dans l'expectoration. Ces manifestations ont résisté à tous les antibiotiques et la malade est décédée dans un tableau occlusif. A l'autopsie « gros calcul cholédocien, suppuration sous-phrénique, mais le foie ne présente que des cicatrices scléreuses, et il est impossible de mettre en évidence la communication bilio-bronchique ». Il faut, certes, regretter que le diagnostic de lithias cholédocienne n'ait pu être fait aux premiers symptômes.

La deuxième observation (19443) est celle d'une femme de 75 ans hospitalisée en 1959 et 1961 pour une crise douloureuse fébrile cédant chaque fois au traitement antibiotique. Malgré les conseils prodigués, elle a refusé obstinément l'intervention ; elle ne s'y est résolue que quelques mois après sa sortie du service, en raison de la répétition des crises. Décès

dans les suites opératoires par infarctus myocardique. (Nous n'avons pu obtenir de compte rendu opératoire.)

Quant aux trois autres malades, âgés actuellement de 83 à 85 ans, elles ne présentent aucun trouble depuis leur dernière hospitalisation.

3° Enfin UN MALADE DE 78 ANS (7062) EST DÉCÉDÉ 7 ans après son hospitalisation pour un syndrome cholédocien. Il n'a pas présenté de récurrence dans les années qui ont suivi sa sortie de l'hôpital, mais on ignore la cause de son décès.

4° LE RECU L EST VARIABLE :

Dans 4 cas > 5 ans.

1 - 2	1
2 - 3	2
3 - 4	1
5 - 6	1
6 - 7	3
9 - 10	1
11 - 12	1

Trois de ces malades sont décédés.

- 1 de cause non précisée, comme nous venons de le voir ;
- 1 d'accident vasculaire cérébral ;
- 1 de défaillance cardiaque.

III. — Résultats globaux

61 malades hospitalisés de 1951 à 1963 pour une lithiase biliaire infectée n'ont pas subi d'intervention chirurgicale pour des raisons diverses (refus, âge, obésité, affection pulmonaire, affection cardio-vasculaire, associations morbides multiples).

Deux de ces malades sont décédés très rapidement dans un tableau d'angiocholite urémigène.

Tous les autres ont bénéficié de traitements antibiotiques variés et prolongés. Nous avons pu les suivre 1 à 12 ans après leur hospitalisation, soit en moyenne pendant 5 ans. Les résultats éloignés se répartissent en deux groupes :

A) Résultats éloignés favorables

29 malades, soit 47,5 %, n'ont présenté aucune nouvelle manifestation hépato-biliaire.

16 observations font état d'un recul inférieur à 5 ans, 13 d'un recul de 5 à 11 ans, *le recul moyen étant de 5 ans et 1/2*.

17 sujets avaient moins de 70 ans, 10 entre 70 et 79 et 2 étaient âgés de plus de 80 ans, l'âge moyen se situant autour de 67 ans.

B) Récidives et complications

30 malades, soit 49 %.

1 malade n'a pas présenté de récurrence, mais on ignore la cause de son décès ;

29 malades (47,5 %), ont présenté des récurrences sous la forme de :

- crises douloureuses peu intenses, ayant cédé spontanément (7 cas) ;
- crises douloureuses fébriles (18 cas) ;
- crises douloureuses fébriles avec ictère (4 cas).

Certaines de ces récurrences ont cédé spontanément d'autres ont nécessité un nouveau traitement antibiotique ou ont abouti à une intervention chirurgicale.

1. — NOUVEAU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

Les antibiotiques ont été administrés à nouveau 15 fois. Ils n'ont été efficaces que 11 fois ; 3 malades ont dû être opérés, une est décédée.

2. — INTERVENTION CHIRURGICALE ULTERIEURE

8 malades (soit 13 % de l'ensemble) ont subi une intervention chirurgicale.

Sur 6 comptes rendus opératoires que nous avons pu obtenir, 5 font état de complications locales ; il s'agit :

- de fistules cholécysto-cholédocienne et cholécysto-duodénale dans 3 cas ;
- d'adhérences importantes dans 3 cas ;
- enfin, un geste a été nécessaire sur le cholédoque 3 fois, et une fois sur le sphincter d'Oddi.

Deux malades sont décédés dans les suites de leur intervention, ce qui porte à 25 % la mortalité postopératoire.

Parmi ces 30 malades ayant eu une évolution lointaine troublée, 15 avaient moins de 70 ans, 9 entre 70 et 79 ans et 6 plus de 80 ans, l'âge moyen se situant autour de 68 ans.

Le recul est compris entre 1 et 5 ans dans 17 cas, 5 et 12 dans 13 cas, soit en moyenne 4 ans 1/2.

Enfin, il est intéressant d'étudier séparément le résultat éloigné des lithiases vésiculaires et cholédociennes, qui comportent une évolution assez différente, le pronostic de la lithias cholédocienne étant plus sombre.

	Lithias vésiculaire 44 sujets		Lithias cholédocienne 17 sujets	
	Nombre de malades	%	Nombre de malades	%
Résultats éloignés favorables	23	52,2 %	6	35,2 %
Nécessité d'une in- tervention chirurgi- cale	7	15,9 %	1	5,8 %
Mortalité (compre- nant la mortalité immédiate)	3	6,8 %	3	17,6 %

La mortalité

1° Décès imputables à l'affection biliaire :

a) 4 décès sont directement liés à l'affection biliaire.

— Les deux malades atteints d'angiocholite urémigène sont décédés très rapidement peu de jours après leur hospitalisation (observations 9.173 et 10.409).

— Une femme de 81 ans est morte quelque mois après sa sortie du service dans un tableau abdominal douloureux subintrait.

— Le quatrième cas concerne la malade (6.610) décédée d'une fistule bilio-bronchique, après une guérison apparente de 21 mois.

b) 2 malades sont décédées dans les suites postopératoires.

La première (10.393) avait refusé la chirurgie lors de sa première poussée de cholécystite, à l'âge de 64 ans. Ce n'est que 7 ans après, à l'occasion d'une nouvelle crise douloureuse, qu'elle s'est décidée à l'intervention. Le décès est survenu quelques jours plus tard par accident vasculaire cérébral probable.

La seconde malade (19.443) était porteuse d'une lithias cholédocienne et avait refusé à deux reprises la chirurgie et interrompu prématurément son traitement antibiotique. Opérée à l'occasion d'une troisième poussée d'angiocholite, elle est morte quelques jours après d'un infarctus du myocarde.

Dans ces deux derniers cas, l'affection biliaire n'est pas directement responsable du décès, mais il est bien évident qu'une intervention précoce aurait considérablement diminué le risque opératoire. Ces malades ont refusé la chirurgie et se sont exposées à une intervention à un âge avancé, rendue difficile du fait des dégâts anatomiques.

Ces deux observations sont à mettre au passif de la méthode, ce qui porte à 6 le nombre de décès, soit 9,8 %.

c) Deux autres observations plus discutables peuvent être retenues.

— La première concerne une femme de 73 ans (18.160) soignée dans le service pour une cholécystite aiguë qui a parfaitement réagi au traitement médical, elle n'a présenté aucun nouveau trouble hépato-biliaire, mais elle est décédée deux ans plus tard d'un cancer pulmonaire. L'absence de vérification anatomique ne permet pas d'éliminer une métastase d'un épithélioma greffé sur une lithias.

— Enfin, un malade (7.062) apparemment guéri d'un syndrome cholédocien est décédé 7 ans plus tard, à 85 ans, de cause indéterminée.

Si l'on tient compte de ces cas beaucoup plus imprécis, cela porte à 8 le nombre des décès, soit 13,1 %.

Le chiffre réel se situant entre ces deux extrêmes : 9,8 % et 13,1 %.

2° Décès d'autre origine.

6 autres décès ont été notés ; ils étaient 4 fois liés à l'affection ayant fait poser la contre-indication opératoire.

Les incidents thérapeutiques

Ils ont été notés chez 5 malades. Il s'agit de diarrhée dans 2 cas, d'éruption scarlatiforme (1 cas), de stomatite avec œsophagite (2 cas), de vertiges persistants (1 cas), de manifestations d'intolérance digestive (1 cas).

Chez un malade (9.173) atteint d'angiocholite urémigène, la diarrhée a aggravé les désordres hydro-électrolytiques et a accéléré l'évolution fatale. Dans les autres cas, les incidents ont été bénins et n'ont pas empêché la reprise ultérieure de la mycothérapie.

IV. — Facteurs intervenant dans les résultats obtenus

Nous nous sommes demandé, en confrontant l'histoire clinique, les données de la radiologie et les modalités thérapeutiques, s'il existait des éléments pronostics et s'il était possible d'améliorer l'évolution de nos malades.

1. Modalités thérapeutiques

a) LE NOMBRE D'ANTIBIOTIQUES UTILISÉS

	Nombre d'observations	R.A.S.		Récidives et complications	
		Nombre	%	Nombre	%
Traitement anti- biotique unique	33	18	54,6 %	15	45,4 %
Traitement anti- biotique multiple	26	11	42,3 %	15	57,7 %

On note un nombre de complications légèrement supérieur chez le sujet ayant subi des traitements multiples. En effet, les malades qui n'ont reçu qu'un seul traitement antibiotique présentaient une infection facilement et rapidement contrôlée.

L'emploi de plusieurs antibiotiques correspond à des germes rebelles, à des lésions plus difficilement accessibles, donc à des cas plus graves.

b) LA DURÉE GLOBALE DU TRAITEMENT

La durée moyenne du traitement de la lithiase vésiculaire et de la lithiase cholédocienne étant très différente, nous les étudierons séparément.

Lithiase vésiculaire

<i>Durée du traitement</i>	<i>d'observations Nombre</i>	<i>R.A.S.</i>		<i>Récidives et complications</i>	
		<i>Obs.</i>	<i>%</i>	<i>Obs.</i>	<i>%</i>
< 15 jours	11	5	45,3 %	6	54,7 %
> 15 jours	32	18	56,2 %	14	43,8 %

Les résultats éloignés paraissent meilleurs chez les malades ayant subi un traitement prolongé. Cette différence discrète pour la lithiase vésiculaire est peut-être plus nette dans la lithiase cholédocienne.

Lithiase cholédocienne

<i>Durée du traitement</i>	<i>Nombre d'observations</i>	<i>R.A.S.</i>		<i>Récidives et complications</i>	
		<i>Obs.</i>			
< 1 mois	6	1	16,6 %	5	83,4 %
> 1 mois	10	5	50 %	5	50 %

c) LA DURÉE DU TRAITEMENT APRÈS OBTENTION DE L'APYREXIE.

50 observations seulement ont été retenues car, pour les autres, la durée du traitement poursuivi à domicile n'a pu être précisée.

<i>Durée du traitement après l'apyrexie</i>	<i>Nombre d'observations</i>	<i>R.A.S.</i>		<i>Récidives et complications</i>	
		<i>Nbre</i>	<i>%</i>	<i>Nbre</i>	<i>%</i>
< 15 j.	38	17	44,7 %	21	55,3 %
> 15 j.	12	7	58,3 %	5	41,7 %

La poursuite du traitement plus de 15 jours après l'apyrexie semble avoir diminué le risque de récurrence.

2. L'âge

<i>Ages</i>	<i>Nombre d'obs.</i>	<i>R.A.S.</i>		<i>Récidives et complications</i>	
		<i>Nbre</i>	<i>%</i>	<i>Nbre</i>	<i>%</i>
< 70- ans	34	17	50 %	17	50 %
70-79 ans	18	10	55,5 %	8	44,5 %
≥ 80 ans	9	2	22,2 %	7	77,8 %

Le risque de récurrences et de complications apparaît bien supérieur au-delà de 80 ans. Cependant la mortalité n'est pas plus importante (11,1% après 80 ans, 11,1 % de 70 à 79 ans, 12 % de 60 à 69 ans et 0 % avant 60 ans), sans doute parce qu'il existe chez les vieillards de multiples autres causes de décès.

3. L'imprégnation radiologique de la vésicule

Sur 13 malades dont la vésicule s'imprégnait correctement d'emblée ou en fin de traitement, 8 n'ont présenté aucun trouble ultérieur ; parmi les 48 sujets à vésicule radiologiquement exclue, 21 seulement ont des résultats éloignés favorables. Ceci s'explique aisément, les vésicules perméables étant plus facilement atteintes par les antibiotiques.

Ainsi l'évolution lointaine dépend, dans une certaine mesure, de la durée de la mycothérapie, un traitement prolongé (plus de 15 jours pour la lithiase vésiculaire, plus d'un mois pour la lithiase cholédocienne) semble diminuer le risque de récidives et complications. Il faut tenir compte non seulement de la durée globale du traitement, mais aussi de sa poursuite après obtention de l'apyrexie ; les chances de guérison paraissent augmenter lorsque les antibiotiques sont administrés plus de 15 jours après le retour de la température à la normale.

Le pronostic reste très difficile à établir. Cependant une imprégnation radiologique correcte de la vésicule peut faire espérer une évolution favorable. Par contre, lorsque de multiples antibiotiques ont été nécessaires, une reprise ultérieure du processus infectieux est à redouter.

CONTATATION DES AUTRES AUTEURS

De très nombreuses publications traitent du risque opératoire « chez le vieillard, le sujet taré, et l'obèse ». Notre propos n'est pas de reprendre d'interminables considérations générales. Nous rappellerons simplement quelques statistiques classiques en étudiant particulièrement la mortalité en fonction de l'âge et des tares viscérales associées.

Il n'est pas question non plus de mettre en parallèle ces résultats qui correspondent à des faits différents et d'en tirer des conclusions abusives. Le matériel d'étude varie considérablement d'un auteur à l'autre. Ainsi l'âge au-delà duquel augmente le risque opératoire est fixé, selon les auteurs et l'année de la publication, à 50, 60, 65 ou 70 ans ; sous le vocable « d'affection cardio-vasculaire associée » sont groupés des états aussi différents qu'une hypertension artérielle compensée et la grande asystolie. Les mêmes remarques peuvent être faites au sujet des affections respiratoires, de l'obésité, etc...

Les difficultés augmentent si l'on essaie de comparer les résultats du traitement conservateur et ceux de la chirurgie, le matériel d'étude étant encore plus dissemblable. En effet, le traitement médical est le plus souvent exclusivement réservé aux malades âgés, en mauvais état général. De plus, l'absence de précisions concernant l'évolution lointaine diminue considérablement l'intérêt des résultats rapportés dans la littérature.

I. — Etude de la mortalité en fonction de l'âge

Il ne nous a pas toujours été possible d'isoler dans les travaux concernant les affections biliaires, ce qui revient à la lithiasie et à ses complications. Deux groupes ont été artificiellement isolés : le premier, hétérogène, où prédominent cependant les affections lithiasiques, englobe sans distinction les formes latentes et les formes compliquées ; le deuxième, plus homogène, concerne seulement la lithiasie infectée.

1. — AFFECTIONS BILIAIRES DIVERSES AVEC LITHIASÉ PRÉDOMINANTE
SYMPTOMATOLOGIE NON PRÉCISÉE

<i>Auteurs</i>	<i>Année</i>	<i>Traitement</i>	<i>Age</i>	<i>Mortalité</i>
Bailey	1934	chirurgical	sujet âgé	8,6 %
Broocks	1937	chirurgical	> 70 ans	20 %
Quigley	1939	chirurgical	> 65 ans	13 %
Behrend	1947	chirurgical	sujet âgé	16,6 %
Welch	1948	chirurgical	> 70 ans	17,2 %
Fisher et White	1951	chirurgical	> 70 ans	21,6 %
			> 80 ans	50 %
		conservat.*	> 70 ans	25,6 %
			> 80 ans	20 %
Strohl et Diffenbaugh	1953	chirurgical	> 70 ans	9,3 %
Becker, Powel et Turner	1955	chirurgical	≥ 60 ans	16 %
	1956	chirurgical	> 60 ans	0 %
Horwitz				
Herron, Jesseph et Harkins	1960	chirurgical	≥ 70 ans	16,4 %
Strohl et Diffenbaugh	1964	chirurgical	≥ 70 ans	6,1 %

* Quelques auteurs ont fait une étude comparée du traitement chirurgical et du traitement conservateur.

2. — LITHIASÉ BILIAIRE INFECTÉE

<i>Auteurs</i>	<i>Année</i>	<i>Matériel d'étude</i>	<i>Traitement</i>	<i>Age</i>	<i>Mortalité</i>
Quigley	1939	cholécystites aiguës	chirurgical	> 65 ans	21,4 %
		lithiasé du choledoque	chirurgical	> 65 ans	12,8 %
Fallis	1940	cholécystites aiguës	chirurgical	> 40 ans	10,5 %
Glenn	1941	cholécystites aiguës	chirurgical	> 50 ans	6,1 %
Glenn et Hays	1953	cholécystites aiguës	chirurgical	> 65 ans	10,9 %
Colcock et Mc Manus	1955	cholécystites et lithiasés cholédocienne	chirurgical	> 60 ans	2,1 %
Arduino	1957	cholécystites aiguës	chirurgical	> 50 ans	12,2 %
Duprez et Simons de Graef	1961	cholécystites aiguës	chirurgical	> 71 ans	12 %
Mallet - Guy	1961	cholécystites aiguës	chirurgical	> 60 ans	12,8 %
Service du Pr Justin Besancon	1962	lithiasé biliasé compliquée	chirurgical	> 65 ans	13,3 %
			conservat*	> 65 ans	50 %
Champeau	1964	lithiasé biliasé compliquée	chirurgical	> 70 ans	19 %
		● cholécystite aiguë		> 70 ans	8 %
		● lithiasé vésiculaire + lithiasé cholédocienne associée		> 70 ans	15 %
		● oddite + acte sur la papille		> 70 ans	28 %

Malgré le caractère hétérogène de ces résultats, il est possible de se faire une idée d'ensemble :

a) *Le risque opératoire n'est pas négligeable chez le sujet âgé.*

La mortalité nulle pour Horwitz est comprise pour les autres auteurs entre 2,1 % et 21,6 %. Dans la majorité des cas elle est supérieure à 10 %.

b) *Le risque croît en fonction de l'importance des complications.*

Chez le sujet de plus de 70 ans présentant une lithiase biliaire compliquée, Champeau, par exemple, note une mortalité globale de 19 % avec :

8 % de décès pour les cholécystites aiguës.

15 % de décès lorsqu'à la lithiase vésiculaire est associée une lithiase cholédocienne sans oddite.

28 % quand il existe une oddite et qu'un acte sur la papille est nécessaire.

c) *Enfin le risque va en diminuant grâce aux progrès de la chirurgie et de la réanimation.*

Strohl et Diffenbaugh opérant sur le même type de malades âgés de plus de 70 ans, notent 9,3 % de mortalité en 1963, et 6,1 % seulement en 1964.

II. — Influence des tares viscérales associées

a) *La fréquence des maladies associées explique en partie le taux élevé de mortalité noté chez le sujet âgé.* Sur 2.285 patients de tous âges, Dowy observe des maladies contingentes dans 30 % des cas ; ce pourcentage augmente avec l'âge : 37,5 % après 65 ans pour Cornet et Guerre, 42,6 % après 70 ans pour Strohl et Diffenbaugh, 77,6 % après 60 ans pour Horwitz.

b) *Les maladies associées, le plus souvent rencontrées, sont celles qui atteignent l'appareil cardio-vasculaire (Dowy, Strohl et Diffenbaugh, Horwitz). Elles sont aussi en nombre absolu, responsables de la majorité des décès : plus de la moitié pour Strohl et Diffenbaugh, Colcock (accident vasculaire*

cérébral, infarctus myocardique, hypertension artérielle de compensée...) ; 50 % pour Halberg, 61 % pour Thomas et Quigley (l'insuffisance cardiaque étant au premier plan). Pour Dowy, l'infarctus myocardique, la péritonite et l'insuffisance hépatique se partagent la responsabilité de près des 2/3 des décès.

Par contre, pour Champeau, la cause principale des exitus est représentée par les complications pulmonaires avec défaillance cardiaque, puis viennent l'insuffisance rénale, hépatique, la sénilité, l'infarctus myocardique. Enfin, 4 des 11 décès, après intervention pour cholécystite aiguë, rapportés dans la thèse de Chabal, sont survenus chez de grands obèses.

c) *Le taux de complication et de mortalité n'est pas le même pour les différentes associations morbides, ainsi que l'ont montré plusieurs auteurs dans des études comparatives.*

Maladies coexistantes	Taux de complications		Taux de mortalité	
	Dowy	Glenn et Hays	Glenn et Hays	Mallet-Guy
Affections dégénératives diverses (artérosclérose généralisée, ostéo-arthrite, hypertrophie prostatique)		14,4 %	3,2 %	
Accident vasculaire cérébral antérieur	25 %			
Hypertension artérielle	8,8 %	15,3 %	6,1 %	
Athérome coronarien		21,2 %	7,6 %	
Infarctus myocardique antérieur	25,8 %			
Cardiopathies	16,6 %			
Insuffisance respiratoire chronique	36 %	10,5 %	10,5 %	
Cirrhose non biliaire			33,3 %	
Insuffisance rénale chronique		20 %	20 %	
Diabète	21 %	11,7 %	0	
Obésité				8 %
Associations d'affections chroniques diverses		16,6 %	16,6 %	

Les affections respiratoires chroniques, l'insuffisance rénale, les cirrhoses, un accident vasculaire cérébral ou un infarctus myocardique antérieurs sont des éléments de mauvais pronostic alors que le diabète, l'hypertension artérielle compensée, l'athérome coronarien donnent moins de complications postopératoires.

COMMENTAIRES

La mycothérapie a amélioré le traitement et le pronostic de la lithiase biliaire en permettant d'opérer dans de meilleures conditions et d'obtenir la guérison clinique d'un certain nombre d'infections biliaires lithiasiques. Cependant, même après disparition complète de tout signe infectieux, l'évolution lointaine reste très incertaine. La reprise du processus infectieux à partir du contenu vésiculaire demeuré septique, ou d'une plaque de gangrène chronique est toujours redoutée. Par ailleurs, des lésions anatomiques importantes (adhérences serrées, fistules, etc...) ont pu se constituer, sources de complications et de difficultés opératoires très grandes.

Nous avons pu étudier les résultats éloignés du traitement conservateur chez 61 malades que nous avons suivis pendant une période de 1 à 12 ans. Ce nombre restreint de malades s'explique par la place de moins en moins grande occupée par le traitement médical dans la lithiase biliaire compliquée. Cependant, nos observations, jointes aux constatations des autres auteurs nous permettent d'apporter quelques précisions sur les limites et les possibilités du traitement médical, sur ses indications et ses modalités d'application, enfin de dégager le sens des recherches à effectuer.

1. Limites et possibilités du traitement médical

Nous avons réservé le traitement conservateur (hormis en cas de refus) à des malades graves présentant des contre-indications chirurgicales importantes : âge très avancé, état général précaire, tares viscérales importantes. Notre sélection a été sévère puisque pendant la même période nous avons fait opérer 168 lithiases biliaires infectées.

Compte tenu de ces éléments, nous n'avons pas observé un taux de mortalité considérable, puisqu'il se situe entre

9,8 % et 13,1 %, les statistiques chirurgicales faisant état, dans l'ensemble, d'un taux supérieur à 10 %, souvent plus important, en particulier au cours de certaines associations morbides.

Chez presque la moitié de nos malades (29), nous pouvons affirmer l'absence de récives hépato-biliaires et infectieuses, et ceci même en cas d'exclusion vésiculaire et d'obstacle cholédocien persistant. Le traitement antibiotique s'est révélé efficace sur l'ictère du syndrome cholédocien, qui a disparu 9 fois sur 10, témoignant de l'importance des phénomènes inflammatoires pariétaux dans la genèse du syndrome rétentionnel.

Le problème de la stérilisation des lésions est difficile à résoudre puisqu'on ne peut exercer aucun contrôle bactériologique. Cependant, lorsqu'on possède un recul suffisant, sans manifestation infectieuse, il est légitime d'admettre que les antibiotiques ont réalisé une stérilisation des lésions. Parmi les 29 malades qui n'ont présenté aucun trouble ultérieur, 13 ont un recul de 5 à 13 ans. De même, on peut se demander lorsque les accidents infectieux apparaissent après une longue période de guérison apparente (plus de 5 ans chez 13 sujets), s'il ne s'agit pas d'une nouvelle atteinte microbienne, le premier traitement antibiotique ayant stérilisé les lésions initiales.

Nous considérons comme échecs du traitement conservateur les malades qui ont présenté des récives dans les mois ou les années suivant leur première hospitalisation. Les récives opérées révèlent habituellement des complications locales mises en évidence dans les comptes rendus opératoires qui, 5 fois sur 6, font état d'adhérences, de fistules, de lésions de la voie biliaire principale et du sphincter d'Oddi. Ce qui explique en partie le taux de mortalité postopératoire particulièrement élevé que nous avons noté. Cependant, lorsque nos malades étaient trop âgés ou trop fragiles pour supporter une intervention, nous avons tenté un second traitement antibiotique qui s'est révélé efficace 11 fois sur 15.

Quant aux incidents thérapeutiques notés chez 5 malades, dans l'ensemble bénins, ils ne semblent pas devoir limiter les indications du traitement médical.

2. Les indications thérapeutiques

Hormis les cas où le malade refuse formellement l'intervention, on se trouve en général en présence de situations délicates.

a) *Chez l'obèse* : la chirurgie biliaire rencontre de nombreuses difficultés qui, commençant pendant l'intervention, se poursuivent dans les suites opératoires, tant locales que générales. Aux difficultés proprement techniques s'ajoute le risque d'éviscération, de complications cardiaques, veineuses et pulmonaires, l'obèse étant un insuffisant respiratoire au système vasculaire surchargé. L'importance de la mortalité (8 % d'après Mallet-Guy), autorise à temporiser. Mais il faut savoir imposer formellement la cure d'amaigrissement, suivie d'une intervention, la plus précoce possible, avant l'apparition de nouvelles poussées infectieuses qui feraient perdre au malade le bénéfice de son attente.

b) *Les maladies associées.*

Nous avons vu que les affections cardio-vasculaires sont responsables de la majorité des décès postopératoires, car elles sont les plus répandues, d'autant plus que le sujet est âgé ; mais ce ne sont pas elles qui donnent le taux de mortalité le plus grand.

Les affections respiratoires chroniques, l'insuffisance rénale et hépatique, un accident vasculaire cérébral ou un infarctus myocardique récent, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle décompensée, les associations morbides multiples autorisent à proposer le traitement conservateur, moins dangereux, dans ces cas très particuliers, que la chirurgie. L'hypertension sans retentissement viscéral, la coronarite, les cardiopathies compensées, le diabète ne constituent plus des contre-indications à l'intervention. De toute façon, le choix du traitement ne peut être fait qu'en milieu hospitalier après une appréciation rigoureuse des signes fonctionnels et une exploration soigneuse des différents appareils.

c) *L'âge pose les problèmes les plus délicats.*

En effet, comme l'ont montré de nombreux auteurs (Crump, Rosenthal, Bumber, Zisserman...), la fréquence de la lithiase biliaire augmente avec l'âge. Le nombre de ses complications également ; il est supérieur à celui qu'on trouve chez l'adulte : 25 % des lithiases pour Strohl, 34,5 % pour Horwitz. Nos résultats nous autorisent à préférer le traitement conservateur chez

le sujet âgé. Encore faut-il préciser ce que l'on entend par sujet âgé. Nous ne sommes pas actuellement autorisés à parler de sujets âgés avant 75 ans. De plus, il faut tenir compte, à côté de l'âge réel, de l'âge biologique et des tares viscérales dont on connaît l'extrême fréquence : ainsi, nous avons posé une contre-indication opératoire chez une malade de 60 ans seulement, mais par ailleurs obèse et hypertendue, et inversement nous avons fait opérer des malades de plus de 80 ans.

3. La conduite du traitement

Le traitement conservateur étant décidé, un certain nombre d'impératifs sont à respecter si l'on veut assurer au malade le maximum de garanties.

A moins d'une circonstance étiologique particulière (angine, pneumopathie...), le choix de l'antibiotique est guidé par des arguments de fréquence. Nous avons vu que les antibiotiques actifs sur les germes intestinaux ont le plus de chance d'être efficaces. Mais en cas d'échec, il faut savoir penser à la possibilité d'infection à germes multiples ou rares, et recourir à des associations d'antibiotiques ou à un traitement plus spécifique. Il serait très important de pouvoir isoler chez chaque malade le germe responsable ; la pratique des hémocultures répétées avant toute administration d'antibiotique, l'utilisation systématique du tubage duodénal protégé seraient souhaitables, mais donnent malheureusement des résultats très inconstants.

Si un premier antibiotique est inefficace, il ne faut pas attendre, pour le changer, plus de 2 à 4 jours. Il faut tenter un nouvel essai avec un antibiotique différent.

L'étude de la courbe thermique doit être particulièrement attentive ; la persistance d'un état fébrile modéré, même après une chute thermique indiscutable, impose le recours à un nouvel antibiotique, et cela autant de fois qu'il sera nécessaire pour obtenir une apyrexie totale et définitive. De même, tout clocher thermique en cours de traitement signe son inefficacité et oblige à recourir à un autre antibiotique.

Lorsqu'un antibiotique a prouvé son efficacité, il est important de le poursuivre suffisamment longtemps (3 à 4 semaines

pour la lithiase vésiculaire, 1 mois à 1 mois 1/2 pour la lithiase cholédocienne) et ne le suspendre qu'après une longue période d'apyrexie, qu'il nous paraît prudent de fixer à 2 ou 3 semaines.

La gravité de la chirurgie biliaire chez certains sujets, la possibilité d'obtenir, sans risque vital considérable, une rémission clinique prolongée, et même d'espérer une stérilisation des lésions, conserve au traitement médical ses indications. Cependant, nous ne pouvons que regretter que nos sujets (aux antécédents hépato-biliaires souvent anciens), n'aient pas été opérés lors des premières manifestations de la maladie, à un âge où les tares viscérales sont rares et le risque chirurgical très restreint.

RESUMES D'OBSERVATIONS

1. Lithiase vésiculaire

OBSERVATION 1. — Mme V.. Anna, 73 ans, 6.735.

Obésité. Insuffisance aortique endocarditique et cœur vasculaire sénile ayant nécessité plusieurs séjours hospitaliers. Douleurs épigastriques depuis 3 ans. Tableau de cholécystite subaiguë remontant à 4 jours.

A l'entrée (avril 1954) : température à 38°3, V.S. à 32 %, défense pariétale, ictère. La malade reçoit 2 gr de Terramycine pendant 54 jours, la fièvre diminue, la sédimentation descend à 17 % et l'ictère disparaît totalement, ce qui permet une biliographie. Celle-ci montre une vésicule exclue et un cholédoque un peu large. Cependant, une fébricule persiste qui cédera à 10 jours d'Erythromycine.

Ayant quitté le service sans être opérée, la malade ne souffre plus pendant 16 mois, mais elle continue à présenter des manifestations cardiaques. Elle est réhospitalisée en novembre 1955 pour une nouvelle poussée de cholécystite : température à 38°, V.S. à 27 %, choliurie. L'apyrexie est obtenue dès le 3^e jour par 2 gr de Terramycine qui sera poursuivie 24 jours.

Un an plus tard la malade est convoquée et revue dans le service. Les manifestations cardiaques dominent la scène clinique et il est difficile d'obtenir des précisions sur l'évolution de la lithiase vésiculaire. En tout cas, il ne semble pas y avoir eu de nouvelle poussée de cholécystite.

OBSERVATION 2. — Mme B... Maria, 62 ans, 7.547.

Deux crises de coliques hépatiques depuis 2 mois dont la dernière, fébrile, aboutit à une hospitalisation au 7^e jour. A l'entrée (octobre 1952) : fièvre entre 38° et 39°, sédimentation à 15 %, défense pariétale nette. Exclusion radiologique de la vésicule. La malade reçoit 2 grammes de Terramycine pendant 5 jours, puis 1 g 50 pendant 30 jours. La fièvre descend lentement et progressivement, mais l'apyrexie véritable ne sera obtenue que les 10 derniers jours. La disparition de la défense pariétale laisse percevoir une grosse vésicule. Sédimentation à 7 %. La malade, qui

ne souffre plus, refuse l'indication opératoire et quitte le service.

La malade est revue sur convocation fin septembre 1956. Depuis 4 ans, elle n'a présenté ni crise douloureuse de l'hypocondre droit, ni température. Les écarts de régime entraînent seulement des poussées diarrhéiques post-prandiales importantes.

OBSERVATION 3. — Mme S..., 68 ans. 7.624.

Soignée dans le service depuis 1952 pour un hypercorticisme par hyperplasie surrénale bénigne, responsable d'un diabète équilibré par le simple régime, et d'une hypertension artérielle à 22/12 (avec HVG discrète à l'E.C.G. artériosclérose au F.O., Albuminurie, urée : 0,50 g).

Hospitalisation en septembre 1961 pour une violente crise douloureuse de l'hypocondre droit à irradiation dorsale avec fièvre à 39°2, état nauséux persistant depuis une semaine, résistant à la glace et aux antibiotiques. A l'entrée : température à 39°2, V.S. : 50 %, G.B. : 6.800, P.N. : 73 %, Al. : +. L'état infectieux a déséquilibré le diabète qu'on est obligé de soigner par l'insuline. La biligraphie montre une vésicule exclue, un cholédoque mal imprégné, mais de dimensions normales. La malade reçoit 2 g/j de Terramycine *per os* pendant 3 jours sans résultat. Puis de la Rovamycine 3 g/j pendant 18 jours au total elle entraîne une chute rapide de la température, mais celle-ci reste subfébrile (37°8) et au 14^e jour, on associe 1 g de Streptomycine pendant 4 jours, qui reste sans effet. C'est finalement la Colimycine 3.000.000/jour pendant 10 jours qui entraîne une apyrexie stable. V.S. : 60 %. En raison des antécédents pathologiques, de l'obésité (81 kg 200), on ne conseille pas l'intervention chirurgicale.

Depuis sa sortie de l'hôpital, la malade va bien, n'a présenté aucun trouble digestif.

OBSERVATION 4. — M. Mo..., 75 ans. 7.700.

Depuis 3 ans, crises vésiculaires à symptomatologie pseudo-angineuse avec ECG normal. Depuis 48 h., tableau typique de cholécystite aiguë.

A l'entrée le 26 octobre 1952, température à 39°6, V.S. : 48 %, G.B. : 14.400, P.N. : 86 %, subictère, pigments biliaires ++ dans les urines. Les radiographies ne montrent pas d'imprégnation mais un gros calcul polyédrique spontanément visible.

Le malade reçoit 1.000.000 d'unités de Pénicilline pendant 22 jours. Chute thermique en 48 heures, suivie d'une apyrexie stable, quitte le service sans avoir été opéré en raison de son âge.

Revu sur convocation 4 ans plus tard, il n'a pas présenté de nouvelle crise douloureuse analogue à celle de 1952 ; il n'a jamais

eu ni fièvre, ni frisson, ni subictère, mais accuse seulement des brûlures post-prandiales épigastriques à déclenchement postural et les écarts de régime provoquent un endolorissement discret de l'hypocondre droit. Bon état général. Décès 3 mois plus tard dans un tableau d'asystolie aiguë à l'âge de 79 ans.

OBSERVATION 5. — Mme G... Jeanne, 81 ans. 8.403.

Hypertension artérielle, albuminurie, artérite des membres inférieurs et gros cœur vasculaire. Crises de coliques hépatiques depuis 30 ans. Hospitalisée en mars 1953 pour un tableau de cholécystite aiguë remontant à 8 jours. A l'entrée, fièvre à 38°7, V.S. à 40 %, polynucléose à 86 % sans leucocytose (8.800). Pas d'imprégnation vésiculaire à la cholécystographie. La malade est mise à la Terramycine à 1 gr, puis 2 gr pendant 19 jours. Il persiste un état subfébrile, mais l'examen clinique découvre un épanchement pleural de la base droite, à mettre sur le compte de l'état cardiovasculaire. L'association Pénicilline-Streptomycine pendant 26 jours, puis une semaine d'Auréomycine n'empêchent pas la persistance d'un état subfébrile. D'ailleurs la pleurésie augmente sous traitement antibiotique, tandis que la sédimentation est à 55 %. Quitte le service sans avoir été opérée.

Après son départ de l'hôpital, la malade va évoluer beaucoup plus en cardiaque qu'en vésiculaire. Malgré les tonicardiaques, la dyspnée s'accroît. Il ne semble pas y avoir de nouvelles poussées de cholécystite, mais simplement quelques phénomènes d'intolérance alimentaire.

Réhospitalisation en octobre 1955 dans un état d'asystolie grave.

Décès rapide par œdème aigu du poumon. Pas de vérification anatomique.

OBSERVATION 6. — Mme F... Augustine, 80 ans. 8.427.

Une crise de colique hépatique il y a un an. Tableau de cholécystite aiguë il y a 6 jours. A l'entrée (mars 1953) : température à 38°8, V.S. à 35 %, défense de l'hypocondre droit. Pas de calcul spontanément visible sur un cliché sans préparation. Pas d'action de la Pénicilline-Streptomycine administrée pendant 5 jours. La malade reçoit alors 2 grammes de Terramycine durant 4 semaines : la fièvre ne baisse que lentement et progressivement et il persiste un état subfébrile pendant une vingtaine de jours. Sédimentation inchangée. Pas d'intervention chirurgicale.

En août 1956, le Dr Muletier, qui a continué à suivre cette malade, nous apprend qu'elle a présenté d'abord quelques poussées de cholécystite subaiguë et que, depuis 2 ans, elle accuse seulement de loin en loin un tableau à type d'indigestion imputable à des écarts alimentaires .

OBSERVATION 7. — Mme M... Marie-Marguerite, 68 ans. 8.477.

Obèse et grande neurotonique. Crises de coliques hépatiques avec fièvre depuis 2 ans.

Première hospitalisation en avril 1953 pour une cholécystite aiguë : température à 39°4, V.S. à 5 %, hémogramme normal, petite réaction pariétale. Vésicule radiologiquement exclue. La Terramycine à 1,50 puis 2 grammes pendant 24 jours amène un décrochage de la courbe thermique mais laisse persister un petit fébricule. La malade refuse l'intervention et quitte le service.

Cependant de nouvelles crises surviennent, malgré une amélioration transitoire obtenue par Pénicilline-Streptomycine à domicile.

Réhospitalisation en octobre 1953 avec une température autour de 38°. Douze jours de Pénicilline-Streptomycine permettant d'obtenir l'apyrexie en une semaine. Refuse à nouveau l'intervention.

La malade est revue en septembre 1955 pour une nouvelle poussée de cholécystite après plusieurs traitements antibiotiques intermittents à domicile. La température est à 38°5, la V.S. à 27 %, il existe un point de Murphy sans défense pariétale. Après échec de la Terramycine, administrée 6 jours, l'association Pénicilline (2.000.000) et Streptomycine (1 gr 50) obtient rapidement l'apyrexie. Une fois de plus, la sanction chirurgicale est repoussée.

Enfin en juillet 1956, cette malade est hospitalisée dans le service du Dr Plauchu pour de nouveaux accidents douloureux et fébriles. Malgré la répétition des crises et l'échec du traitement médical, elle continue à refuser l'indication opératoire.

OBSERVATION 8. — Mme Gu..., 62 ans. 8.838.

Bronchite chronique sur terrain asthmatique.

Depuis 1920, crises douloureuses de l'hypocondre droit, vésicule exclue connue depuis 1951.

Hospitalisation le 20-7-53 pour une crise douloureuse plus violente. A l'entrée, température à 38°3, V.S. : 50 %, pas d'ictère. La Terramycine (1 g 5/j. pendant 14 jours), entraîne l'apyrexie ; V.S. : 30 % ; mais la malade présente une stomatite. De nouvelles radiographies confirment l'exclusion vésiculaire. En raison de l'insuffisance respiratoire (dyspnée aux petits efforts, diaphragmes bloqués en scolie), on n'ose conseiller l'intervention chirurgicale.

Quelques crises douloureuses sans ictère ni température, peu intenses jusqu'en novembre 1955, date à laquelle la malade fait une crise plus violente avec phénomènes de sub-occlusion. Intervention le 14-11-1955.

Intervention le 14 novembre 1955. — Dr Bardonnet :

Incision sous-costale droite. On trouve une vésicule remplie de calculs, mais aucun signe d'inflammation aiguë récente. On pratique un cathétérisme du cystique avec injection de diodone. La radiographie per-opératoire montre un cholédoque très dilaté, des voies biliaires parfaitement remplies, mais aucune imprégnation duodénale.

On décide alors de pratiquer une exploration du cholédoque inférieur pour vérifier l'existence possible d'un calcul intrapancréatique : Duodénotomie exploratrice, cathétérisme du sphincter d'Oddi et dilatation de celui-ci à la pince ; on ne trouve pas de calcul.

Il s'agit peut-être d'une maladie du sphincter d'Oddi, sans qu'on puisse l'affirmer car le matériel de manométrie, n'ayant pas été stérilisé, il a été impossible de faire une mesure des pressions.

Fermeture du duodénum en deux plans, l'un total au fil de lin, l'autre un surjet séro-séreux au catgut.

Cholécystectomie rétrograde.

Un drain, une mèche.

Biopsie du foie.

Anatomo-pathologie :

Les espaces portes sont très nettement augmentés de volume, hyperplasiés avec des canaux biliaires distendus, à parois quelquefois sinueuses. On note en même temps des lésions d'endarterite à tendance oblitérante sur les artérioles hépatiques. Il y a peu de néocanalicules biliaires.

Quant aux seuls lobules hépatiques rencontrés, ils sont encadrés par cette sclérose et ne présentent pas de lésions dégénératives. Pas de stéatose, ni de surcharges biliaires. Pas d'images pouvant évoquer le cancer.

Pr Martin.

Suites simples.

OBSERVATION 9. — M. Fo..., 60 ans. 9.138.

Bronchite chronique avec insuffisance respiratoire majeure ayant nécessité un reclassement professionnel. Ethylisme.

Crise douloureuse fébrile de l'hypocondre droit depuis une semaine. A l'entrée en septembre 1953, clocher à 39° avec frissons, défense de la paroi, hémogramme normal. Vésicule non imprégnée à la cholécystographie. Le malade reçoit 19 jours de Terramycine à 2 g 50 puis 2 g par jour. La fièvre tombe en 24 heures et laisse la place à une apyrexie stable au bout d'une semaine. Disparition rapide de la douleur et de la défense pariétale. Prise

de 3 kg en trois semaines. L'importance des signes bronchopulmonaires contre-indique l'intervention chirurgicale.

En mars 1956, poussée fébrile avec douleurs sous-costales droites.

Depuis cette époque plus rien à signaler en dehors des troubles respiratoires.

OBSERVATION 10. — Mme S... Maria, 69 ans. 9.173.

Coliques hépatiques depuis 20 ans. Crise douloureuse fébrile ictérogène motivant l'hospitalisation au quatrième jour. A l'entrée (septembre 1953) : fièvre à 39°5, V.S. à 45 %, frissons intenses, subictère, urée sanguine à 2 g 30.

2 grammes de Terramycine pendant 5 jours n'empêchent pas les clochers fébriles. Apparition de diarrhée profuse avec météorisme abdominal et purpura. Mort rapide dans un tableau de déshydratation et de collapsus.

L'autopsie montre une région sous-hépatique libre sans atteinte péritonéale. Grosse vésicule à paroi souple, non épaissie, renfermant 3 calculs et une bile jaunâtre d'aspect purulent. Le cystique, le cholédoque et le canal hépatique sont totalement libres. Rien de particulier au point de vue cardiaque, pulmonaire, hépatique. Reins congestifs avec aspect histologique de néphrite interstitielle aiguë.

OBSERVATION 11. — Mme K..., 62 ans. 9.409.

Obèse pesant 115 kg. Crises de coliques hépatiques typiques depuis 30 ans. La dernière qui remonte à 5 jours s'accompagne pour la première fois de fièvre.

A l'entrée, en novembre 1953, température à 39°5 ; V.S. : 62 % ; grosse vésicule tendue et douloureuse, albuminurie à 0,18 g/l sans signes cytologiques. Hémocultures stériles. G.B. : 10.400 HVDB total : 8,5 mg/l. ; HVDB direct : + ; tests normaux prothrombine : 115 % ; 7 jours de Terramycine : 2 g/j pendant 3 jours, puis 3 g/j ne modifient en rien la courbe thermique qui oscille entre 38°5 et 39°7. L'association Pénicilline 1.000.000 + Streptomycine 1 g donne au contraire une chute thermique progressive mais n'aboutit à l'apyrexie vraie que vers la troisième semaine. Après 36 jours de traitement, la température ne dépasse pas 37°5, la V.S. : 35 %, mais il semble bien que la grosse vésicule soit encore perceptible. On conseille à la malade de maigrir en vue d'une opération ultérieure.

Elle est revue sur convocation en septembre 1956. Le régime amaigrissant n'a pas été suivi, et elle pèse encore 110 kilos. Dans l'intervalle, la malade a repris son travail et elle n'a présenté en 2 ans et 10 mois qu'une seule crise de colique hépatique d'in-

tensité modérée, sans fièvre ni frissons, déclenchée par un écart de régime.

Mais en novembre 1956, nouvelle hospitalisation pour une crise douloureuse fébrile. A l'entrée, température : $40^{\circ}2$, V.S. : 45 % ; Al. : +. On donne : Pénicilline 2.000.000 + Streptomycine 1 g pendant 15 jours, qui entraînent une chute thermique en 24 heures, mais la température reste subfébrile et on remplace le traitement par la Terramycine 2 g 50 pendant 21 jours, puis 2 g pendant 9 jours (durée totale : 1 mois), qui entraîne l'apyrexie. La V.S. = 35 %, Al = 0. La biligraphie, gênée par l'obésité, ne montre aucune imprégnation vésiculaire ou cholécystienne.

On a réussi à faire perdre 15 kg à la malade, mais elle refuse l'intervention chirurgicale.

Le médecin traitant informe que la malade est décédée en 1960, à l'âge de 70 ans, d'une autre affection que sa lithiasé biliaire.

OBSERVATION 12. — Mme R..., 63 ans. 10.393.

Douleurs épigastriques épisodiques depuis 10 ans. Depuis une semaine, tableau de cholécystite subaiguë avec température à 38° et frissons, installé au décours d'une angine.

A l'entrée (juin 1954), température : 38° , V.S. = 53 %, vésicule exclue, mais calcul spontanément opaque. La malade reçoit 2 g de Terramycine pendant 15 jours. La température se régularise très lentement et la V.S. tombe à 25 %. Refuse l'intervention chirurgicale et quitte le service.

Quelques crises douloureuse peu intenses jusqu'en juin 1961, date à laquelle survient une crise plus prolongée.

Nouvelle hospitalisation en juin 1962 pour des vomissements et brûlures œsophagiennes.

A l'entrée, température : $37^{\circ}2$, $38^{\circ}2$, V.S. = 24 %, G.B. : 13.200, P.N. : 67 %. Tests normaux, urée : 0,65. Les radiographies confirment la présence d'un calcul dans une vésicule qui paraît exclue et montrent une image d'aéro-bilie. On n'arrive pas à opacifier les V.B., ni par radiographie gastro-duodénale, ni par biligraphie, le lavement baryté ne montre pas de fistule colobiliaire.

La malade reçoit 2 g de Terramycine pendant 16 jours et se décide enfin à l'intervention chirurgicale.

COMPTE RENDU OPERATOIRE :

Intervention du 9-7-62. — Professeur Mallet-Guy.

Rio Branco. Blocage extrêmement serré de la région sous-hépatique. On découvre successivement une *fistule cholécystoduodénale* et *cholécysto-cholécystienne*. La vésicule est réduite

d'une part à un petit moignon fistulisé dans le duodénum qui présente un épaississement pariétal avec induration des bords témoin d'une très vieille fistulisation, d'autre part à une très large ouverture dans la VBP remplie par un calcul de 4 cm de diamètre qui est à cheval sur le confluent du lit. On a l'impression d'abord d'être sur le bassinnet, mais bien conscient de l'intensité des remaniements apportés au pédicule, on se borne à l'inciser et on se trouve sur un cloaque où débouchent, en haut, l'hépatique très dilaté, et en bas l'orifice du cholédoque. On retire encore de l'hépatique 3 calculs. Rien ne vient du cholédoque. Mise en place d'un gros drain de Kehr N° 22. Reconstitution par suture de la perte de substance de la VBP grâce au bassinnet conservé. La manométrie est peu significative, comme elle l'est d'habitude à travers un drain de Kehr. Néanmoins elle montre la persistance d'un obstacle relatif. Elle est stabilisée à 27, 31, 33. La scopie montre :

1° Un très bon fonctionnement du drain dont les deux branches sont bien placées.

2° Un aspect correct des branches intra-hépatiques qui sont dilatées.

3° Enfin un obstacle relatif à la terminaison du cholédoque qui semble être un rétrécissement et non un calcul. Clichés confirmatifs qui montrent à la fois la dilatation cholédocienne et le passage dans le duodénum.

L'indication serait double : cholédocoduodénostomie, suture de la perforation duodénale. Or, cette indication ne peut être remplie en raison de l'état des parois tant duodénales que cholédociennes et l'on se borne à laisser le drain de Kehr en place et à mettre d'autre part une petite sonde de Pezzet N° 16 dans l'orifice duodéal, ce qui assurera de la façon la plus simple l'assèchement de la fistule, l'ablation du drain devant être remise à 15 jours, ou 3 semaines. Quant à l'anastomose cholédoco-duodénale, les clichés postopératoires diront s'il est vraiment nécessaire de la faire secondairement.

Les suites opératoires immédiates ont été assez bonnes, mais la fistule duodénale ne se fermant pas, il a été pratiqué secondairement une G.E.A.

11 jours après l'intervention chirurgicale, décès brutal (ictus ? infarctus myocardique ?).

OBSERVATION 13. — Mme B..., 69 ans. 10.457.

Thyphoïde à 12 ans.

Une crise de colique hépatique en 1930.

Nouvelle crise de colique hépatique ayant récidivé au bout de 3 semaines, avec température persistante en plateau à 38°, qui

motive l'hospitalisation en milieu chirurgical d'urgence où elle est traitée par la glace et les antibiotiques.

Elle entre dans le service le lendemain, le 9-7-1954. Température : $38^{\circ}1$, V.S. = 47 %, G.B. = 9.200, P.N. = 74 %, subictère conjonctival. Les radiographies montrent une exclusion vésiculaire.

La malade est mise à la Terramycine 2 g/j pendant 8 jours. La température tombe à $37^{\circ}2$, la V.S. = 30 %. Etant donné l'âge et surtout l'obésité (73 kg), on n'envisage pas l'intervention chirurgicale immédiate.

La malade rentre chez elle et poursuit son traitement à domicile.

Nouvelle hospitalisation le 19-10-1957 pour une crise douloureuse de l'hypocondre droit avec température à $38^{\circ}5$, V.S. = 36 %, G.B. = 13.200, P.N. = 81 %. Bilan hépatique normal. La malade est mise à Pénicilline 1.000.000 + Streptomycine : 1 g pendant 5 jours sans effet sur la température. On donne alors Terramycine 3 g/j pendant 15 jours, qui entraîne lentement l'apyrexie. La malade a maigri, mais n'envisage pas l'intervention chirurgicale.

Revue 13 mois plus tard pour des insomnies. Elle n'a pas présenté de nouveaux troubles lithiasiques.

OBSERVATION 14. — Mme La..., 69 ans. 10.626.

Troubles psychiques avec épisodes confuso-oniriques rendant l'interrogatoire difficile. Tableau de cholécystite aiguë depuis 4 jours.

A l'entrée (septembre 1954), température : 39° , V.S. = 60 %, hémogramme subnormal, défense pariétale nette, subictère. La cholécystographie montre un volumineux calcul calcifié sans imprégnation de la vésicule. Les signes pariétaux régressent très rapidement, mais malgré 12 jours de Chloromycétine à 2 g, puis 3 g et 3 jours de Terramycine à 3 g, la température ne tombe qu'incomplètement et la malade reste subfébrile avec une V.S. à 40 %, quitte le service sans avoir été opérée.

En 1956, son médecin traitant nous apprend que la malade présente de temps à autre des poussées de cholécystite subaiguë cédant aux antibiotiques.

Décès en 1958 d'un cancer utérin

OBSERVATION 15. — Mme De..., 68 ans. 10.803.

Hypertension artérielle à 20-26 depuis une dizaine d'années avec insuffisance cardiaque, dyspnée d'effort, palpitations, œdème malléolaire.

Depuis trois ans, crises douloureuses de l'hypocondre droit avec parfois urines foncées, décoloration des matières et sub-

ictère conjonctival Depuis trois mois, quatre crises douloureuses avec hypercoloration des urines.

Hospitalisation le 30-9-54 au décours d'une crise douloureuse avec température à 39°. A l'entrée : température : 38°1, V.S. = 40 %, Al. = +, urée = 0,44. Ne souffre plus. La fièvre tombe spontanément au bout de 4 jours. La vésicule est exclue sur les cholécystographies. La température remonte à 37°8. On met la malade à 2 g/j de Terramycine *per os*. Au bout d'une semaine apyrexie stable, V.S. = 13 %, Al. = 0.

En raison de l'âge, de l'obésité, de l'état cardiovasculaire, on ne conseille pas l'intervention chirurgicale (il existe un gros cœur radiologique avec signe de stase pulmonaire, HVG électrique, petits signes d'artério-sclérose rétinienne du F.O.).

La malade n'a pas poursuivi à domicile le traitement antibiotique conseillé, a refait une crise douloureuse d'intensité moyenne avec température à 39°, frissons, urines foncées mais sans ictère qui a régressé spontanément.

Va bien actuellement.

OBSERVATION 16. — Mme Pe..., 60 ans. 10.848.

Troubles dyspeptiques depuis 6 mois

Au cours d'une angine, la malade présente des douleurs sourdes de l'hypocondre droit à irradiation dorsale et scapulaire, et depuis 2 mois des poussées thermiques à 39°, accompagnées de quelques frissons sur un fond subfébrile à 37°8.

A l'entrée, le 23 septembre 1957, température : 38°, V.S. = 15 %. Pas d'ictère. Les cholédocystographies montrent un volumineux calcul dans une vésicule bien perméable. Etant donné l'âge, l'hypertension artérielle à 22, l'obésité (77 kg), on ajourne l'intervention chirurgicale. La malade reçoit 2 g/j de Terramycine *per os* pendant 7 jours et quitte le service et poursuit son traitement à domicile pendant une durée qui n'est pas précisée.

Entre 1957 et 1960, il ne semble pas qu'il y ait eu de crises douloureuses.

Nouvelle hospitalisation le 11 avril 1960 pour une crise douloureuse fébrile. A l'entrée, température à 38°7, V.S. = 25 %, G.B. 11.600, P.N. = 87 %, bilirubine et tests normaux, prothrombine = 85 %. Hémocultures stériles. Douleur de l'hypocondre droit réveillée par la palpation. La malade reçoit plusieurs traitements antibiotiques successifs :

— Terramycine *per os*, 1 g 50 pendant 10 jours, au bout desquels la température remonte brusquement à 39°.

— On remplace le traitement par Colimycine 2 millions pendant 8 jours qui décapite la température en 48 heures, mais celle-ci reste en plateau à 38°.

— On donne alors Pénicilline 2 millions + Streptomycine 1 g 50 pendant 9 jours au bout desquels la malade fait un nouveau clocher fébrile à 38°8, la V.S. = 35 %.

— On donne alors Tifomycine, 1 g 50 pendant 12 jours, chute thermique au bout de 48 heures, mais la température remonte progressivement à 38°4 (G.R. = 7.800, P.N. = 74 %), on passe alors à 2 g 50/j. pendant 7 jours qui entraînent à nouveau l'apyrexie en 48 heures, mais, les jours suivants, poussée fébrile à 38°2.

— On essaie alors la Rovamycine, 2 g par jour *per os*, pendant 15 jours, qui entraîne une apyrexie rapide et définitive, V.S. = 27 %.

Les cholécystographies pratiquées le 16 avril 1964 objectivent deux énormes calculs dans une vésicule encore perméable.

L'obésité, l'âge (70 ans), l'insuffisance respiratoire (emphyseme pulmonaire), l'hypertension artérielle (21/11) avec grosse HVG radiologique et électrique ont incité à temporiser.

La malade n'a pas suivi de traitement à domicile, elle a présenté quelques rares crises douloureuses d'intensité modérée, sans température ni ictère pour lesquelles elle n'a suivi aucun traitement. Elle est actuellement soignée pour son hypertension.

OBSERVATION 17. — Mme Be..., 57 ans. 11.084.

Depuis 1 an, gêne douloureuse épigastrique vers 8 ou 9 heures du soir, presque quotidienne, avec irradiation dorsale et scapulaire.

Entrée dans le service le 1^{er} décembre 1954 pour des manifestations douloureuses du même type, mais beaucoup plus aiguës, persistant 3 à 4 jours, avec état fébrile, vomissements. Hospitalisée au service d'urgence, le chirurgien note au niveau de l'hypocondre droit un plastron, fait le diagnostic de cholécystite aiguë, mais sursoit à l'intervention.

Le lendemain, à l'entrée dans le service, la température est à 38°4, la V.S. = 32 %. Les douleurs ont diminué d'intensité mais persistent cependant, de même que les signes locaux. La cholécystographie montre une vésicule exclue. Les radiographies d'estomac sont normales. On donne Terramycine *per os*, 2 g par jour, pendant 15 jours. Au bout d'une semaine les douleurs et les signes locaux ont totalement disparu, au bout de 15 jours l'apyrexie est stable. Les biligraphies confirment l'exclusion vésiculaire, le cholédoque est de calibre normal. On conseille formellement l'intervention, qui est refusée.

La malade ne poursuit pas à domicile le traitement antibiotique conseillé.

Aucun trouble digestif depuis cette époque.

OBSERVATION 18. — Mme B... Marie-Thérèse, 70 ans. 11.160.

Coliques hépatiques depuis 15 ans. Syndrome angineux coronarien ancien avec signes électrocardiographiques. Tableau de cholécystite subaiguë remontant à un mois.

La malade est d'abord hospitalisée dans un service chirurgical où elle reçoit 1.000.000 d'unités de Pénicilline et 1 g de Streptomycine pendant 24 jours : ce traitement ne peut empêcher la persistance d'un état subfébrile. Puis, la malade est mutée dans le service (décembre 1954). Elle présente alors une nouvelle poussée vésiculaire avec fièvre à 39°, sédimentation à 24 %, hémogramme normal. Le produit opaque imprègne bien la vésicule et dessine de nombreux calculs. La malade reçoit 1 g 50 de Terramycine pendant 6 semaines : elle devient apyrétique le 7^e jour et sa V.S. tombe à 10 %.

Revue sur convocation en septembre 1956, la malade continue à présenter des crises d'angor et à manifester quelques phénomènes douloureux de l'hypocondre droit, aux écarts de régime. Mais en 18 mois il n'y a pas eu de reprise des signes cliniques d'infection vésiculaire.

OBSERVATION 19. — Mlle B... Antoinette, 62 ans. 11.248.

Hypertension artérielle avec gros cœur et troubles électrocardiographiques. Crises douloureuses de l'hypocondre droit depuis 2 mois. Tableau de cholécystite subaiguë remontant à 3 jours avec clochers à 39°.

A l'entrée (décembre 1954) : température à 38°, V.S. à 40 %. Sur la cholécystographie, vésicule exclue avec plusieurs calculs opaques. L'antibiothérapie n'empêche pas la persistance d'un état subfébrile, la malade recevant successivement 3 jours de Pénicilline, puis 16 jours de Terramycine, ensuite 8 jours de Chloromycétine, enfin 9 jours d'Erythromycine. La sédimentation est à 22 %. Pas d'intervention en raison de l'état cardiovasculaire.

A noter que sur des échantillons de bile A. et C. l'examen bactériologique donne des cultures d'*Escherichia Coli* tandis que les dosages de Chloromycétine ne permettent pas de retrouver trace de cet antibiotique.

La malade présente ultérieurement une adénite cervicale tuberculeuse bien guérie par l'isoniazide. Convoquée, elle est revue dans le service en septembre 1956, soit 19 mois plus tard : elle a continué à souffrir et dit avoir présenté 5 ou 6 nouvelles crises douloureuses, durant de 1 à 4 jours, s'accompagnant de fièvre autour de 38°.

OBSERVATION 20. — Mme B... Marie-Françoise, 81 ans. 12.306.

Crises de colique hépatique remontant à plusieurs dizaines d'années.

Tableau de cholécystite aiguë soignée à domicile trois semaines auparavant Récidive des troubles depuis quelques jours.

A l'entrée (août 1955) : fièvre à 39°2, V.S. à 52 %. Exclusion radiologique de la vésicule.

La malade reçoit 12 jours de Pénicilline (2.000.000) et Streptomycine (2 g) : sa température tombe le 4^e jour, tandis que sa sédimentation passe à 35 %. Elle ne souffre plus et quitte le service sans être opérée, en raison de son âge et de son état cardiovasculaire.

Nous avons appris par le Dr G. Nicolas que cette malade a recommencé à souffrir rapidement, puis qu'elle est morte dans d'atroces souffrances, sans que la température ait jamais dépassé 37°5.

OBSERVATION 21. — Mme R... Marguerite, 66 ans. 12.853.

Colique hépatique depuis 6 ans. Crise douloureuse récente, avec fièvre persistante à 39°, malgré 3 jours de Pénicilline-Streptomycine.

A l'entrée (novembre 1955) : température à 38°4, V.S. à 65 %, hémogramme normal. Les radiographies montrent un calcul opaque dans une vésicule qui reste perméable.

La malade absorbe 3 g de Spiramycine pendant 20 jours. Elle ne souffre plus et devient apyrétique au 10^e jour. Quitte le service sans avoir été opérée pour des raisons non précisées.

Le Dr Desmonceaux nous apprend, un an plus tard, que cette malade va bien et qu'elle n'a présenté ni douleur, ni fièvre, ni subictère.

OBSERVATION 22. — Mme Lu..., 74 ans. 12.891.

Lithiase rénale. Première crise de colique néphrétique à 40 ans.

Depuis 2 ans, troubles dyspeptiques, pesanteur épigastrique, alternative de diarrhée et de constipation, intolérance alimentaire pour les graisses.

Violente crise douloureuse de l'hypocondre droit avec irradiation dorsale et scapulaire, vomissements alimentaires, frissons, température à 39°5 pendant trois jours. Récidive quelques jours après avec, cette fois-ci, un subictère conjonctival. Hospitalisation le 23 novembre 1955.

A l'entrée, température = 37°5, V. = 55 %, douleur à la palpation de l'hypocondre droit, subictère conjonctival, pigments biliaires dans les urines. H.V.D.B. total = 2, direct = +. Tests normaux, prothrombine 92 %. Aucune élimination biliaire aux deux biligraphies successives, malgré l'absence de perturbation des tests hépatiques.

Etant donné l'âge et l'obésité (72 kg), on ajourne l'intervention chirurgicale, malgré la note cholédocienne. On donne Terramycine *per os* 2 g par jour pendant 4 jours, qui entraîne l'apyrexie, le subictère disparaît. La malade rentre chez elle et prend, pendant 1 mois 1/2, de l'Auréomycine, 1 g par jour, puis 750 mg.

Depuis cette époque, aucun trouble digestif en dehors de quelques « picotements » de l'hypocondre droit.

OBSERVATION 23. — Mme Du..., 65 ans. 13.775.

Depuis de nombreuses années : migraines, intolérance alimentaire, troubles dyspeptiques. Quelques crises douloureuses de type vésiculaire sans température ni ictère.

Hypertension artérielle ancienne : 19/12.

Hospitalisation le 2 juin 1956 pour une crise douloureuse de l'hypocondre droit, accompagnée de vomissements et de diarrhée. A l'entrée : température = 38°4, VS = 30 %. Tests hépatiques normaux, pas d'hyperbilirubinémie. Les radiographies montrent une vésicule exclue. Sur les biligraphies, l'image cholédocienne est discutable. Au bout d'une semaine d'hospitalisation, clocher thermique à 39°4, V.S. = 50 %, G.B. = 11.200, P.N. = 74,5 %. Le traitement (Pénicilline 1.000.000 + Streptomycine 1 g), entraîne une chute thermique en 48 heures, la V.S. est à 30 % au 15^e jour. Mais au bout de 25 jours, il persiste un petit fébricule. On remplace le traitement par la Terramycine, 2 g par jour pendant une semaine. Une nouvelle biligraphie ne montre pas d'image cholédocienne ni vésiculaire.

On hésite à proposer une intervention chirurgicale en raison de l'existence d'une paralysie phrénique droite ancienne, d'autant que la malade y est peu décidée. Quitte le service et poursuit la Terramycine pendant une dizaine de jours chez elle.

Revue le 28 août 1956 pour une nouvelle crise de colique hépatique avec température à 39°5, ictère discret, mais généralisé. A l'entrée : température = 38°7, V.S. = 26 %, G.B. = 5.600, P.N. + 84 %, H.V.D.B. total = 15 mg/l, direct = +. Tests hépatiques, prothrombine normaux, urée = 0,79. La Terramycine *per os* : 2 g par jour, entraîne une chute thermique en 48 heures, avec correction de l'hyperbilirubinémie au bout de 15 jours, urée = 0,24, V.S. = 15 %. De nouvelles biligraphies confirment l'exclusion vésiculaire, le cholédoque est modérément, mais nettement dilaté. Pas d'image de calcul du cholédoque décelable.

La malade quitte le service et continue son traitement pendant 1 mois (Terramycine 0,5 g par jour).

Aucune récidive douloureuse ni infectieuse. Soignée actuellement pour myocardite sénile et anémie hypochrome.

OBSERVATION 24. — Mme Fa..., 52 ans. 14.107.

Eléphantiasis soigné depuis 1943.

Depuis 15 jours, crises douloureuses de l'hypocondre droit à irradiation dorsale, s'étant répétée quotidiennement sans température ni ictère.

A l'entrée dans le service, le 17 juillet 1956 : température = $38^{\circ}3$, V.S. = 50 %, A.L. + +, G.B. 7.200, P.N. = 61 %. Douleur à la palpation de la région vésiculaire. Les cholécystographies montrent un volumineux calcul dans une vésicule mal imprégnée.

En raison de l'obésité (76 kg), on tente un traitement médical : Pénicilline 1 million + Streptomycine 1 g, pendant 6 jours, sans aucun effet.

Sancelomycine, 2 g par jour *per os*, pendant 3 jours, sans effet sur la température, mais qui déclenche une éruption scarlatini-forme et une stomatite.

On donne alors 2 g par jour de Terramycine *per os*, pendant 4 jours. Aucun effet sur la courbe thermique. La N.F. montre 11.000 G.B. avec 70 % de P.N., V.S. = 50 %, mais la malade ne souffre plus et la palpation de région vésiculaire est indolore.

En raison des incidents thérapeutiques, on arrête le traitement pendant quelques jours. Au bout d'une semaine, nouvelle crise douloureuse avec ictère clinique et biologique : H.V.D.B. total = 7.65 mg/l., direct + +, sels et pigments + +. Les troubles rentrent spontanément dans l'ordre, mais la malade présente une nouvelle poussée douloureuse fébrile (39°) et ictérique qui cède en une semaine avec Pénicilline 3 millions + Streptomycine 2 g. Ce traitement est poursuivi pendant 19 jours, puis la Pénicilline seule pendant 15 jours (2 millions, 6 jours, puis 1 million). En une semaine l'ictère a disparu (cliniquement et biologiquement). La biligraphie ne montre pas d'imprégnation cholédocienne V.S. = 20 %.

Revue 9 mois plus tard pour des vertiges, conséquence vraisemblable du traitement à la Streptomycine.

Nouveau séjour en avril 1958 pour une nouvelle crise douloureuse avec frissons, température et subictère. La biligraphie montre un cholédoque un peu large, sans calcul nettement visible. La vésicule est exclue et contient un gros calcul. La malade a perdu 25 kg et on conseille formellement l'intervention chirurgicale, qu'elle repousse de quelques semaines pour passer les fêtes de Pâques dans sa famille. Malgré un traitement de Pénicilline + Streptomycine, elle fait deux nouvelles poussées d'Angiocholite et vient se faire opérer le 25 avril 1958.

Intervention du 25 avril 1958. — Pr Mallet-Guy :

Rio Branco. Grosses lésions de cholécystite aiguë avec adhérences intimes de l'épiploon et surtout du duodénum. Pour ménager le duodénum, on commence par ouvrir la vésicule d'où l'on retire

une goutte de pus (examen cyto-bactériologique : très nombreuses hématies, présence de germes) et un énorme calcul, comme un œuf de poule. La dissection du pédicule dégage un cystique qui est épais mais dont la lumière est étroite, il peut cependant être cathétérisé facilement. Examen cyto-bactériologique : très nombreuses hématies, quelques cellules, présence de germes.

L'enregistrement manométrique se stabilise à 32 sur 4 tracés.

La radioscopie est excellente, elle montre une voie biliaire dilatée sans image lacunaire à son intérieur, mais ne se vidant pratiquement pas. Deux clichés sont pris après l'injection des 20 cc de lipiodol. Le premier ne précise pas la forme de l'obstacle. Le deuxième est meilleur, il ne montre toujours pas l'image en cupule qui ferait penser à un calcul, mais l'obstacle est pratiquement total. On pratique alors tout de suite la cholécystectomie et l'on rencontre dans le pédicule cystique lui-même, ces ganglions calcifiés que l'on voyait sur les clichés. Puis on vérifie le duodénum qui, en réalité, malgré les apparences, n'est pas ulcéré. L'adhérence était intime, mais la paroi intacte.

On vérifie ensuite par cathétérisme le cholédoque et l'on retire de son extrémité un petit magma de pigments non concrété en un calcul. Après avoir enlevé tout ce qui pouvait être enlevé, ce qui représente le moule de deux pinces de Desjardins, on refait une nouvelle manométrie qui semble réaliser utilement un lavage de la voie biliaire principale puisque les enregistrements sont successivement stabilisés à 17, 23, 29, 20, 20, 20, 20, 20, ce qui, compte tenu du traumatisme peropératoire du sphincter, représente vraisemblablement la liberté totale du cholédoque. De toutes façons, on s'en tient là. On repasse à nouveau la pince de Desjardins qui semble franchir le duodénum et ne ramène rien.

Mise en place d'un drain trans-cystique n° 12. Fermeture sans autre drainage, peau ouverte.

Pièce opératoire : vésicule à paroi très lardacé, contenu purulent.

Suites opératoires simples.

FOBSERVATION 25. — Mme Cr..., 76 ans. 14.133.

Hospitalisation le 12 novembre 1956 pour une violente crise douloureuse de l'hypocondre droit avec vomissements, frissons, température à 39°5.

A l'entrée, température = 38°, V.S. = 45 %, G.B. = 9.800, P.N. = 86 %, H.V.D.B. total 0,8, direct +. Phosphatases alcalines 12,5 U.R., les tests hépatiques sont normaux, prothrombine 90 %, urée = 0,73. A l'examen grosse vésicule sous tension. On donne : Pénicilline 2.000.000 + Streptomycine 2 g pendant 14 jours. Au bout d'une semaine, la température reste subfébrile, mais la vésicule n'est plus perçue. La biligraphie montre une imprégnation vésiculaire correcte avec de nombreux calculs, au moins 5, de

la taille d'un noyau de cerise. Le cholédoque apparaît un peu gros, de trajet horizontal. En raison de l'âge on n'ose pas conseiller l'intervention. Devant la persistance d'un fébricule, on remplace le traitement en cours par Terramycine *per os* 2 g par jour. Apyrexie au bout de 12 jours, V.S. = 50 %. La malade doit poursuivre chez elle son traitement.

Revue le 11 février 1957 pour une nouvelle crise douloureuse. A l'entrée : température = 38°, on sent à nouveau une très grosse vésicule. On donne : Terramycine *per os*, 2 g par jour, pendant une semaine, l'apyrexie est obtenue au 3^e jour. On conseille formellement l'intervention qui est refusée par la malade. Départ avec Terramycine.

Nouveau séjour le 10 juin 1957, pour une troisième crise douloureuse fébrile (température = 38°4) avec subictère et grosse vésicule, V.S. = 50 %, G.B. = 14.200, P.N. = 77 %. L'intervention chirurgicale est acceptée.

Intervention du 1^{er} juillet 1957. — Pr Mallet-Guy :

Rio Branco. Grosse vésicule tendue remplie de calculs, coiffée par des adhérences épiploïques œdémateuses. La vésicule se continue à plein canal par une fistule cholécysto-cholédocienne. La voie principale est entièrement remplie par de gros cailloux que l'on perçoit à la palpation depuis la région vatricienne jusque dans le hile hépatique.

Ouverture de la fistule sur la vésicule. Celle-ci a un diamètre de plus de 1 cm et l'on peut facilement explorer, sans aucune manœuvre particulière, et l'hépatique et le cholédoque. On retire ainsi 15 gros calculs de 10 à 12 mm de diamètre et 12 plus petits. Ces calculs ne peuvent s'être échappés de la vésicule que par une fistule, d'ailleurs les bords de l'orifice de communication sont irréguliers et fongueux (photographies). On poursuit la recherche des calculs au-delà de la bifurcation ; il en existe en effet dans le segment initial des branches. Le passage vatrien semble libre, on hésite un moment à identifier une petite masse que l'on sent sur le trajet de la portion rétroduodénale du cholédoque, mais réellement, il ne s'agit pas d'un calcul, mais d'un ganglion hypertrophique.

Mise en place de la canule, donc directement dans le cholédoque. Courbes manométriques stabilisées exactement à 21. C'est plutôt le signe d'une sclérose sphinctérienne. Effectivement, la radioscopie montre une voie principale très dilatée sans doute, mais se vidant d'une façon régulière sans image de calcul. Il persiste une stase. Ceci est tout à fait conforme aux données manométriques. La radioscopie est suivie goutte à goutte pendant l'injection de 20 cc (cinéma). On note à un certain moment un petit reflux dans le Wirsung. Un premier cliché est fait qui donne en somme une image d'évacuation, puis un deuxième cliché de suite

après réinjection de 10 cc qui montre à son tour ce qu'avait montré la radioscopie.

Cholécystectomie, cholédocoduodénostomie, un petit drain sous-hépatique.

Examen cyto-bactériologique : pas vu de germes.

Pièce opératoire : très grosse vésicule à paroi lardacée, épaissie, contenant 2 gros calculs et 4 petit identiques à ceux trouvés dans le cholédoque. On ne retrouve aucun canal autre que celui qui a été ouvert pour le contrôle et qui puisse être interprété comme un cystique.

Suites opératoires simples.

Examen histopathologique : Dr Feroldi.

« Vésicule scléro-atrophique chronique sans aucun caractère spécifique. »

OBSERVATION 26. — Mme Ba..., 69 ans. 14.294.

Crises de coliques hépatiques depuis 6 mois, les trois dernières ont été très violentes, accompagnées de température à 40° avec subictère durant plusieurs jours.

Une nouvelle crise douloureuse avec clochers thermiques à 40° et subictère ne cède pas et justifie l'hospitalisation le 24 août 1956, après 3 jours d'évolution. A l'entrée : température à 38°, V.S. = 60 %, G.B. = 7.600, P.N. = 74 %, subictère clinique et biologique : H.V.D.B. T. = 10,8 mg/l, direct +. Le reste des tests et la prothrombine sont normaux. La douleur a disparu. La biligraphie pratiquée en période subictérique ne montre aucune imprégnation vésiculaire ni cholédocienne. La malade reçoit : Terramycine *per os* 2 g par jour pendant 16 jours, le subictère disparaît, la température est à 37°7, V.S. = 45 %. Une nouvelle biligraphie ne montre aucune imprégnation vésiculaire, le cholédoque est de volume sensiblement normal, peu imprégné.

La malade sursoit à l'intervention, elle continue chez elle la Terramycine, 2 g par jour pendant un mois.

Depuis cette époque, aucun trouble digestif.

OBSERVATION 27. — Mme Ro..., 63 ans. 15.034.

Dans les antécédents, nombreuses crises de coliques hépatiques traitées par la morphine. Latence totale depuis 20 ans.

Hospitalisation en janvier 1957 pour une crise douloureuse épigastrique persistant depuis 48 heures, accompagnée d'un clocher thermique à 39°.

A l'entrée, température subfébrile, V.S. = 27 %, urée = 0,68. Pas d'ictère clinique ni biologique, diarrhée ; les cholécystographies montrent une vésicule exclue. La malade reçoit 1 million de Pénicilline + g de Streptomycine pendant 8 jours, qui entraî-

nent l'apyrexie. Etant donné l'âge, l'hypertension artérielle (22/12), on hésite à proposer un traitement chirurgical. La malade rentre chez elle et ne poursuit pas le traitement conseillé.

Revue en 1961 pour un ictus avec paralysie faciale et aphasie régressives. Rien à signaler du point de vue vésiculaire.

Actuellement va bien. Suit simplement un régime et prend de temps en temps des cholérétiques.

OBSERVATION 28. — Mme Bo..., 47 ans. 15.054.

Depuis l'âge de 17 ans, douleurs épigastriques de caractère assez imprécis noyées dans un tableau de dystonie neuro-végétative.

Hospitalisée le 21 janvier 1957 pour une crise douloureuse fébrile de l'hypocondre droit, accompagnée de vomissements. A l'entrée, température persistante à 38°5, V.S. = 30 %. Tests hépatiques normaux, pas d'ictère clinique ni biologique. La vésicule est exclue radiologiquement. Pénicilline 1.000.000, plus Streptomycine 1 g, pendant 11 jours, entraînent l'apyrexie.

En raison de l'obésité (75 kg) on n'envisage pas immédiatement l'intervention. Quitte le service avec un traitement amaigrissant et doit poursuivre les antibiotiques à domicile.

En janvier 1964, accident cardiaque de nature non précisée. Revue quelques mois plus tard, à l'occasion de récidives douloureuses. On conseille l'hospitalisation qui est refusée.

Intervention en mai 1964, car les douleurs sont devenues intolérables. Cholécystectomie, vésicule contenant plusieurs gros calculs.

OBSERVATION 29. — Mme Bo..., 81 ans. 15.097.

Une crise de colique hépatique un an auparavant.

Depuis un mois, plusieurs crises violentes durant quelques heures avec température à 39°, cédant transitoirement à la glace et aux antibiotiques.

Hospitalisation le 28 janvier 1957, au cours d'une crise douloureuse. Température à 38°, V.S. = 35 %. Tests hépatiques : H.V.D.B. normaux, prothrombine = 87 %. Les cholécystographies montrent une exclusion vésiculaire. La malade reçoit, pendant 10 jours, *per os* 2 g par jour de Terramycine qui entraîne une apyrexie mais aussi une diarrhée à staphylocoque cédant au traitement symptomatique. Une semaine après l'arrêt de la Terramycine la température remonte à 38°, on associe alors Pénicilline 1 million + Streptomycine 1 g, pendant 4 jours, sans effet. Arrêt. Puis Erythromycine 1 g par jour, pendant 10 jours, à laquelle est associé Cortancyl 30 mg en raison du mauvais état général. Apyrexie en 24 heures et au bout d'une semaine la V.S. est à

15 %, N.F. : G.B. 9.000, P.N. = 68 %. En raison de l'âge, on hésite à proposer l'intervention chirurgicale.

Depuis cette époque, la malade a présenté deux à trois poussées de cholecystite cédant chaque fois rapidement avec la Terramycine donnée par le médecin traitant.

Décédée en novembre 1959 d'une pneumopathie chronique.

OBSERVATION 30. — Mme Ar..., 33 ans. 15.489.

Obèse.

Au décours d'une fausse-couche provoquée, traitée par curage et Pénicilline : crise douloureuse de l'hypocondre droit à irradiation dorsale et scapulaire durant 6 à 8 heures, suivie de vomissements bilieux, d'ascension thermique à 39°5, avec urines foncées.

Hospitalisation le 31 mars 1957. A l'entrée, température = 40°5, V.S. = 66 %. Pas d'ictère clinique ni biologique. Tests hépatiques normaux. La Tifomycine (1 g 50 par jour, pendant 10 jours), entraîne une chute thermique rapide. Les biligraphies montrent une vésicule exclue et un cholédoque d'aspect normal. On conseille l'intervention chirurgicale après une cure d'amaigrissement.

La malade n'a suivi aucun traitement à domicile et n'est pas revenue à la date prévue.

Rien à signaler jusqu'en juillet 1962 où sont réapparues des crises douloureuses très violentes, sans température ni ictère, ayant décidé la malade à l'intervention, le 24 octobre 1964.

Intervention, le 24 octobre 1964. — Dr Guillemain :

Sous-costale. Il s'agit d'une fistule cholecysto-duodénale, vésicule - face antérieure de D. I. La vésicule scléro-atrophique « rata-tinée » sous le foie suspend le duodénum par sa face inférieure. La fistule est heureusement petite (environ 4 mm de diamètre) et l'on n'a aucune peine, contrairement à ce que l'on rencontre habituellement, à :

1° Mettre 3 points sur l'orifice fistuleux duodénal.

2° Faire une Cholécystectomie avec ligature isolée de l'artère cystique et du cystique : le cathétérisme transcystique de la papille est fait sans difficulté, mais comme le cholédoque est un peu augmenté de volume et que ses parois apparaissent un peu épaissies, on fait une Cholédotomie de sécurité : pas de calcul cholédocien.

— Un drain de Kehr.

— A signaler une petite hernie hiatale admettant à peine l'extrémité de deux doigts. Etant donné l'adiposité de la malade, on s'abstient d'en faire la cure d'autant plus volontiers que, clini-

quement, la malade ne semblait avoir aucun trouble à rapporter à cette hernie.

— Une tuile.

— Paroi, un plan, catgut chromé.

Pièce : la fistule siège à la face inférieure de la vésicule, jonction corps et fond.

Suites simples.

OBSERVATION 31. — Mme Br..., 55 ans. 15.722.

Depuis quatre mois, 3 à 4 crises douloureuses de l'hypocondre droit, fébriles. En février 1957, une nouvelle crise douloureuse, durant trois jours, accompagnée de subictère, de température à 38° avec défense pariétale ; la malade est hospitalisée en milieu chirurgical d'urgence, où elle est soignée par glace et antibiotiques. La cholécystographie montre une exclusion vésiculaire.

Hospitalisation dans le service le 4 juin 1957, pour une nouvelle crise douloureuse. A l'entrée, température à 39°6, V.S. = 38 %, pas d'ictère clinique, ni biologique. La cholécystographie confirme l'exclusion vésiculaire. Sur la biligraphie le cholédoque est visible, un peu large, il n'y a pas d'image vésiculaire. Du fait de l'obésité (94 kg) on préfère essayer un traitement antibiotique pour n'envisager l'intervention chirurgicale qu'après amaigrissement. La malade reçoit Pénicilline 1 million + Streptomycine 1 g, pendant 8 jours, qui entraînent une stabilisation de la température autour de 37°5. La V.S. est à 45 %. On remplace alors ce traitement par 2 g par jour de Terramycine *per os*, pendant 7 jours et que la malade poursuit à domicile pendant 2 semaines.

La malade qui devait revenir deux mois plus tard pour intervention n'a jamais été revue, mais a donné de ses nouvelles : aucune crise douloureuse, aucun trouble digestif.

OBSERVATION 32. — Mme Ch..., 62 ans. 15.816.

Bronchite chronique depuis 30 ans.

Depuis 10 à 15 ans, petites crises douloureuses de l'hypocondre droit.

Hospitalisée en juin 1957 pour une crise douloureuse de l'hypocondre droit, à irradiation scapulaire avec température à 38°8 et subictère. A l'entrée : température à 38°2, V.S. = 55 %, Al. + +, subictère conjonctival. Très grosse vésicule visible sous la peau. La biligraphie montre un cholédoque sinueux, large et coudé, sans imprégnation vésiculaire, pas d'image de lithiase. La malade reçoit 2 g par jour de Terramycine *per os* pendant 9 jours, qui entraîne l'apyrexie. A la palpation, on ne sent plus la vésicule, le subictère a disparu. La radiographie découvre des

séquelles fibreuses rétractiles de toute la moitié supérieure de l'hémi-thorax droit, témoins d'une bacillose ancienne. B.K. = 0. On conseille formellement l'intervention chirurgicale que la malade refuse. On demande alors à la malade de poursuivre la Terramycine à domicile, ce qu'elle ne fait pas.

Depuis cette époque, rien à signaler du point de vue hépatobiliaire, quelques épisodes fébriles en relation avec l'état bronchitique.

OBSERVATION 33. — Mme Ma..., 53 ans. 17.089.

Depuis 4 à 5 ans, petits troubles hépatiques : céphalées, intolérance alimentaire.

Hospitalisée le 5 mars 1958 pour une crise douloureuse de l'hypocondre droit. A l'entrée, température = $38^{\circ}5$, V.S. = 35 %. Pas d'ictère, tests hépatiques normaux. Les biligraphies montrent un cholédoque non dilaté assez bien imprégné avec vésicule exclue. La malade reçoit : Terramycine 2 g pendant 20 jours qui entraîne une chute thermique progressive.

Vu l'obésité (102 kg), on conseille à la malade de revenir pour intervention chirurgicale après un traitement amaigrissant.

En raison de la persistance d'un fébricule à $37^{\circ}5$, le traitement est poursuivi à domicile pendant trois semaines.

Depuis cette époque, aucune crise douloureuse ni fébrile, mais quelques troubles dyspeptiques avec quelquefois vomissements et diarrhée.

OBSERVATIONS 34. — Mme Cl..., 75 ans. 17.689.

En 1957, épisode de défaillance cardiaque avec œdème des membres inférieurs ayant bien réagi aux digitaliques.

Hospitalisation le 8 juillet 1958 pour une crise douloureuse épigastrique et de l'hypocondre droit à irradiation scapulaire avec vomissements alimentaires et bilieux, température à 39° , en plateau durant depuis une semaine. Les douleurs ont cédé, mais la fièvre persiste à 39° , malgré le Tifomycine, 1 g par jour pendant 5 jours.

A l'entrée les douleurs sont très atténuées, la température est à 39° , V.S. = 60 %, pas d'ictère clinique, mais H.V.D.B. total = 2,5 mg/l., direct +, tests hépatiques, prothrombine normaux. Hépatomégalie confirmée par péritonéoscopie, l'aspect du parenchyme n'est pas normal, mais évoque la cirrhose hypertrophique sans caractère sévère. Il n'existe pas d'arguments endoscopiques en faveur d'une origine éthylique, biliaire ou méta-ictérique. La vésicule n'est pas perçue. La cholécystographie fait la preuve d'une lithiasse calcifiée grosse comme un œuf de pigeon avec vésicule

exclue. Les biligraphies après double imprégnation montrent un cholédoque assez pâle, non dilaté, sans image de calcul. La vésicule apparaît très discrètement opacifiée. En raison de l'âge, de l'obésité, de l'état hépatique, de l'aspect normal du cholédoque, on ne conseille pas l'intervention chirurgicale.

La malade reçoit pendant 17 jours, 1 g 50 par jour de Terramycine *per os*. La température tombe progressivement à 37°4.

Depuis sa sortie de l'hôpital, la malade va mieux, n'a présenté aucun trouble digestif et a poursuivi chez elle la Terramycine pendant une durée qu'il est impossible de préciser.

OBSERVATION 35. — Mme Fr..., 73 ans .18.160.

Soignée depuis 1942 pour une valvulite mitrale, avec, depuis 3 ans, un gros cœur arythmique, nécessitant un traitement digitalique.

En 1946, découverte radiologique d'une lithiase vésiculaire à l'occasion de petits troubles dyspeptiques.

Une crise de colique hépatique typique sans température, ni ictère.

Hospitalisation le 17 août 1958, pour une nouvelle crise de colique hépatique avec ascension thermique à 39°. A l'entrée, température = 38°3, V.S. = 10 %. Pas d'ictère clinique, ni biologique. Tests hépatiques normaux, prothrombine 95 %. A l'examen, grosse vésicule tendue, un peu douloureuse. Au point de vue cardio-vasculaire : tachyarythmie, signes de stases aux bases pulmonaires, hépatomégalie, gros cœur radiologique et électrique, BBD. On est obligé d'associer aux digitaliques le Novurit IV. Les biligraphies montrent une élimination pratiquement nulle du produit opaque et un gros calcul dans la région vésiculaire visible spontanément. On donne Terramycine *per os* 1 g 50 par jour, pendant 10 jours, qui entraîne l'apyrexie.

En raison de l'état cardiaque, on n'ose pas conseiller l'intervention chirurgicale.

La malade poursuit à domicile son traitement pendant une durée qui n'est pas précisée.

On apprend par le médecin traitant que la malade est décédée en 1960 d'un épithélioma pulmonaire. Pas de nouvelle crise de colique hépatique.

OBSERVATION 36. — Mme Ma..., 76 ans. 19.588.

Depuis un an, douleurs épigastriques accompagnées d'intolérance aux graisses.

Hospitalisation en août 1959, pour ces mêmes phénomènes douloureux, accompagnés de vomissements. A l'entrée, température = 38°, V.S. = 20 %, pas d'ictère, G.B. = 13.400, P.N. = 84 % ;

les radiographies montrent deux gros calculs dans la vésicule s'imprégnant faiblement, un cholédoque très dilaté (de la largeur d'un pouce) à évacuation lente, sans image de calcul. La distension pouvant être attribuée soit à un calcul de l'ampoule de Vater, soit à un spasme du shincter d'Oddi. Etant donné l'âge, l'absence de signes cliniques cholédociens, de perturbations biologiques, on conseille l'abstention chirurgicale.

La malade reçoit Tétracycline 1 g 50 par jour, pendant 21 jours. La température reste légèrement subfébrile à 37°3, la V.S. à 25 %, G.B. = 9.200, P.N. 61 %.

On soigne alors une paralysie facile d'origine spécifique par 20.000.000 de Pénicilline. Quitte le service apyrexique.

Rien à signaler depuis cette époque.

OBSERVATION 37. — Mme Re..., 67 ans. 19.960.

Aucun antécédent pathologique.

Hospitalisée le 6 novembre 1959 pour une crise douloureuse de l'hypocondre droit avec frissons, température à 39°, urines foncées durant depuis 3 jours.

A l'entrée, grands clochers thermiques à 39°5, frissons, douleurs de l'hypocondre droit, pas d'ictère ; on perçoit à la palpation une résistance assez localisée de la région vésiculaire. G.B. = 27.200. Les radiographies, après double imprégnation, montrent une vésicule exclue et un cholédoque bien visible, discrètement élargi. La malade reçoit : Pénicilline 2 millions + Streptomycine 2 g pendant une semaine, qui entraînent une chute thermique et une disparition rapide de la résistance pariétale, mais il persiste un petit fébricule à 37°6. On remplace le traitement par la Terramycine 2 g par jour *per os*, pendant 19 jours. La température reste à 37°3, la V.S. = 40 %, G.B. = 18.700, P.N. = 50 % et la palpation perçoit un fond vésiculaire distendu. Malgré l'obésité, on conseille formellement une intervention chirurgicale qui est refusée.

On apprend que depuis sa sortie de l'hôpital, la malade n'a présenté aucun trouble digestif et suit simplement un régime.

OBSERVATION 38. — Mme Pa..., 66 ans. 20.945.

Petits troubles dyspeptiques anciens. Une crise douloureuse de l'hypocondre droit 5 ans auparavant.

Hospitalisation dans le service le 14 juin 1960 pour une crise douloureuse de l'hypocondre droit à irradiation dorsale, durant une dizaine d'heures, avec élévation thermique à 39°5.

A l'entrée, température = 39°, V.S. = 50 %. Pas d'ictère clinique, ni biologique. Tests de floculation discrètement perturbés, prothrombine = 63 %. Al. à l'état de traces. Les cholécystographies

montrent dans une vésicule s'imprégnant bien de nombreux calculs d'inégal volume.

On donne Terramycine *per os* 1 g 50 pendant une semaine. La température tombe au bout de 48 heures. La malade, hostile à l'intervention chirurgicale, quitte le service avec décharge.

Elle n'a pas poursuivi son traitement à domicile, n'a présenté aucun trouble digestif, aucun épisode infectieux.

OBSERVATION 39. — Mme Br..., 56 ans. 21.010.

— Diabète traité depuis 2 ans par régime et Dolipol.

— Halsted en 1943.

Hospitalisation en milieu chirurgical pour une crise douloureuse abdominale avec température à 39°, défense pariétale de l'hypocondre droit et de la F.I.D. Le diagnostic d'appendicite aiguë est éliminé et la malade entre dans le service le 29-6-60.

A l'entrée les douleurs se sont atténuées, température = 38°8, V.S. = 60 %, G.B. 12.000, P.N. = 72 %. Pas d'ictère, bilirubine normale, tests hépatiques normaux. La malade reçoit Terramycine *per os* (2 g par jour pendant trois semaines) qui a un effet bénéfique, progressif sur la courbe thermique. Les cholécystographies montrent une vésicule s'imprégnant bien ; il existe de nombreux calculs de taille variable dans le fonds vésiculaire (du volume d'une tête d'épingle en verre à celui d'une cerise). Le cholédoque est de calibre normal. L'apyrexie est obtenue au bout de trois semaines de traitement. La V.S. est à 55 %.

En raison de l'obésité : 74 kg 700 et du diabète, on conseille un régime amaigrissant de quelques semaines avant d'envisager l'intervention chirurgicale.

La malade est revue deux ans plus tard, en juin 1962, n'ayant pas suivi les conseils prodigués. Elle présente une nouvelle crise douloureuse de l'hypocondre droit avec température à 38°, sans ictère.

A l'entrée, le 13 juin 1962 : température = 38°2, V.S. = 55 %, G.B. = 5.000, P.N. = 55 %. Bilirubinémie normale. Tests de flocculation légèrement +, prothrombine normale, sels et pigments biliaires + + dans les urines. Les cholécystographies montrent le même aspect qu'au précédent séjour. La malade n'a pas maigri : 74 kg. On décide cependant l'intervention chirurgicale.

Le 28 juin 1962 : Professeur Peycelon.

« Incision sous-costale D, la vésicule est remplie de petits calculs. Cholécystectomie par ligature primitive du cystique.

Drain, suture pariétale.

Pièce : vésicule à parois épaissies, avec nombreux calculs à facettes. »

Suites opératoires simples.

Les biligraphies ne montrent pas de dilatation cholédocienne.

OBSERVATION 40. — Mme Ur..., 73 ans. 21.867.

Un an auparavant, épisode ictérique accompagné de phénomènes douloureux et de frissons ayant cédé spontanément ; l'ensemble des troubles a duré moins de trois semaines.

Depuis quelques jours, crise douloureuse de l'hypocondre droit, assez violente, avec frissons, puis ictère.

A l'entrée, le 14 décembre 1960, température à 38°, frissons, V.S. = 51 %, G.B. = 7.200, P.N. = 75 %, H.V.D.B. Total 2,7 mg pour 100 cc, H.V.D.B. direct +, tests normaux, prothrombine. 85 %, pigments et sels biliaires : traces. Al. = traces, urée = 0,48. Subictère qui disparaît en quelques jours. Les douleurs ont cessé. La malade reçoit Terramycine *per os* 2 g par jour pendant un mois, qui entraîne l'apyrexie au bout de trois semaines ; V.S. = 52 %. Une première biligraphie pratiquée au décours de la période ictérique le 17 décembre 1960 montre une imprégnation des V.B. trop faible pour que l'on puisse juger avec certitude. Il semble qu'il y ait un cholédoque dilaté. Une deuxième biligraphie pratiquée le 27 décembre 1960 ne montre pratiquement aucune imprégnation de la V.B. Le 6 janvier 1961, l'H.V.D.B. total est à 0,2, direct = 0. Les tests normaux ont fait un essai d'opacification transhépatique des V.B., il semble que l'on voit un cholédoque un peu large, mais on ne peut conclure avec certitude. Le lendemain la température remonte à 38°5, on associe alors au traitement Pénicilline 1 million + Strepto 1 g pendant 9 jours. La température décroît au 4^e jour de ce traitement et l'apyrexie est obtenue au bout de 9 jours.

On a conseillé l'intervention chirurgicale qui a été refusée.

Depuis cette époque, quelques épisodes digestifs avec nausées et subictère transitoire.

L'état général est sensiblement le même qu'à la sortie de l'hôpital.

OBSERVATION 41. — Mme D'In..., 45 ans. 21.874.

Depuis 5 à 6 ans, petites crises douloureuses, parfois fébriles, sus-ombilicales et de l'hypocondre gauche. Crise plus violente en décembre 1959.

En mars 1960, récurrence fébrile du syndrome douloureux de l'hypocondre gauche qui s'atténue, mais laisse un endolorissement pendant 15 jours. Les cholécystographies et la biligraphie montrent 4 gros calculs dans le fond de la vésicule qui s'imprègne correctement, le cholédoque est d'aspect normal. On conseille à la malade (81 kg) une cure d'amaigrissement avant d'envisager l'intervention chirurgicale.

Hospitalisée à nouveau le 2 janvier 1961 pour un syndrome douloureux épigastrique, température = 38°3, V.S. = 26 %, G.B. = 6.000, P.N. = 78 %, H.V.D.B. Total = 0,8, H.V.D.B. direct +. Le reste des tests et la prothrombine sont normaux.

L'intervention chirurgicale est repoussée par la malade qui est au début d'une grossesse tardive. Elle reçoit : Pénicilline 1 million + Streptomycine 1 g pendant 10 jours. Les douleurs disparaissent, la température tombe à 37°4. Rentre chez elle avec un traitement de Terramycine *per os* dont la durée ne peut être précisée.

Rien à signaler depuis cette époque.

OBSERVATION 42. — Mme Po..., 67 ans. 22.398.

H.T.A. bien supportée connue depuis 10 ans.

Depuis 5 ans, troubles dyspeptiques, petites crises douloureuses de l'hypocondre droit.

Au décours d'un épisode broncho-pulmonaire, crise douloureuse de l'hypocondre droit avec vomissements alimentaires et bilieux, grands frissons précédant l'installation d'un ictère peu intense avec urines foncées.

A l'entrée, le 20 avril 1961, température = 39°5, V.S. = 53 %, hémoculture négative, subictère des conjonctives, oligurie. Bilirubine normale, tests normaux, prothrombine 70 %. Défense sous-costale droite. La malade est mise à la Terramycine 500 mg IV pendant 5 jours, puis *per os* 2 g par jour pendant 4 jours. Les signes locaux et le subictère disparaissent rapidement. La fièvre tombe au bout de 48 heures. Il apparaît une phlébite du MID qui cède au simple traitement local. Les biligraphies montrent un cholédoque mal imprégné, mais de calibre normal, la vésicule se remplit bien, elle est bourrée de petits calculs. Après sa phlébite, la malade demande à rentrer chez elle avant l'intervention chirurgicale.

N'est jamais revenue, car elle n'a plus jamais présenté de troubles digestifs.

OBSERVATION 43. — M. Go..., 66 ans. 23.018.

Depuis un an, manifestations douloureuses abdominales imprécises.

Hospitalisé en août 1961 pour une crise douloureuse abdominale très violente, à début brutal, diffuse, paraissant néanmoins prédominer dans le flanc droit et durant depuis la veille.

A l'entrée : température = 39°4, V.S. = 30 %, G.B. = 10.000, P.N. = 79 %, pas d'ictère clinique, H.V.D.B. T = 2,95 mg/100 cc, direct +. Tests hépatiques normaux. Il semble exister une grosse vésicule à la palpation. Les radiographies ne montrent aucune imprégnation vésiculaire et le cholédoque se voit très mal.

Le malade reçoit : Terramycine IV 1 g par jour pendant 10 jours à laquelle on adjoint au 6^e jour de la Terramycine *per os* :

3 g par jour pendant une semaine ; la température restant autour de 37°7, on fait alors Colimycine 1 M, 3 millions par jour pendant 11 jours qui entraîne l'apyrexie. De nouvelles biligraphies pratiquées après 20 jours de traitement confirment l'exclusion vésiculaire et objectivent un cholédoque en position anormalement haute, à trajet presque horizontal, de calibre sensiblement normal. La palpation est négative. On conseille formellement l'intervention chirurgicale que le malade refuse.

Va bien actuellement. Rien à signaler depuis sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION 44. — Mme Sa..., 53 ans. 23.677.

Crises douloureuses de l'hypocondre droit depuis un an.

Hospitalisation le 26 janvier 1962 pour une crise douloureuse épigastrique suivie de vomissements, puis de diarrhée pendant 48 heures, avec température à 38°, et urines foncées.

A l'entrée, la fièvre persiste, V.S. = 25 %, pas d'ictère clinique, ni biologique, G.B. = 8.700, P.N. = 68 %. La biligraphie montre une exclusion vésiculaire et un cholédoque un peu dilaté. La malade reçoit 1 million de Pénicilline par jour pendant 8 jours. En raison de l'obésité (86 kg 700), du diabète, on conseille à la malade de poursuivre son traitement à domicile et de se faire opérer après une cure d'amaigrissement.

La malade n'a pas suivi ces conseils, car elle n'a présenté aucun trouble digestif.

2. Lithiase cholédocienne

OBSERVATION 1. — Mlle N... Clémence, 68 ans. 6.610.

Cholécystectomie pour cholécystite aiguë lithiasique en 1943. Furoncles à répétition durant l'été 1951. Depuis septembre 1951, asthénie, anorexie, toux sèche, crises douloureuses de l'hypocondre droit avec poussées subfébriles et urines foncées par intermittence.

A l'entrée, lors du premier séjour (novembre 1951), la malade se présente comme une grande infectée : fièvre à 39°, V.S. à 57 %, polynucléose à 82 % sans hyperleucocytose nette, pâleur et amaigrissement. Une toux quinteuse ramène une abondante expectoration muco-purulente ; l'examen découvre une matité et de gros râles congestifs de la base droite ; la radiographie et les tomographies mettent en évidence une opacité régulière de la base droite avec surélévation de la coupole diaphragmatique. Enfin, l'abdomen est météorisé avec vive douleur à la pression de l'hypocondre droit, sans réaction péritonéale, sans hépatomégalie, sans subictère.

Dans les jours suivants, l'expectoration augmente rapidement d'abondance et devient franchement verte, donnant un goût amer d'après la malade. L'examen chimique affirme la présence de bile en abondance, tandis que l'examen bactériologique montre la présence de staphylocoques dorés et de colibacilles. Il n'y a pas de calcul opaque spontanément visible dans la région hépatovésiculaire. Les tests hépatiques sont modérément perturbés : Mac Lagan = 5,8, Gros = 1,2, Hanger = ++++. Un bronchogramme lipiodolé révèle l'intégrité de l'arbre bronchique, sauf une dilatation d'une bronche postéro-interne du lobe inférieur droit, et le produit opaque n'injecte pas de cavité sus ou sous-diaphragmatique.

La malade reçoit d'abord 1.000.000 de Pénicilline associée à 2 gr. de Solumédine intraveineuse pendant 3 semaines, mais on y adjoint rapidement la Terramycine à raison de 2 grammes les 16 premiers jours, puis 1 gramme pendant 75 jours. L'apyrexie est obtenue vers la deuxième semaine, la V.S. passe à 37 %, la toux s'atténue et surtout l'expectoration se tarit progressivement. La bile disparaît définitivement des crachats seulement vers le deuxième mois. Des radiographies montrent la diminution de l'opacité de la base droite. La malade quitte le service en février 1952, totalement apyrétique, sans aucune manifesta-

tion pulmonaire et avec un état général excellent (disparition de l'anémie, prise de poids de 7 kgs).

Tout va bien pendant 21 mois, c'est-à-dire jusqu'en novembre 1953. A cette date réapparaissent quelques douleurs de l'hypocondre droit. En février 1954, la malade présente un épisode subictérique de quelques jours.

Deuxième hospitalisation en mai 1954 pour un syndrome de type subocclusif. La malade arrive dans un état de déshydratation considérable et de cachexie avancée interdisant tout geste chirurgical. Elle est fébrile (température autour de 38-38°5) avec V.S. à 45 %, hyperleucocytose à 17.000 et polynucléose à 75 %. Enn, elle tousse et présente une expectoration muqueuse ne contenant pas de bile. Malgré l'association Pénicilline-Streptomycine, la fièvre reste oscillante avec clochers à 39°. Successivement, la Terramycine, l'Erythromycine et la Cloromycétine sont essayées sans plus de succès. En juillet, on découvre quelques signes congestifs de la base droite et la ponction, qui semble avoir porté en territoire sous-diaphragmatique, retire un liquide d'aspect bilieux, renfermant des pigments biliaires en abondance et dans lequel pullulent de nombreux microbes. Les cultures identifient un *Entérocoque* et un *Klebsiella*. Cependant, l'état de la malade s'aggrave de plus en plus, la fièvre reste élevée avec hyperleucocytose à 12.200 et polynucléose à 92 %. La mort survient dans un tableau de douleurs abdominales violentes avec ballonnement, arrêt des matières et des gaz.

A l'autopsie, il existe de multiples adhérences péritonéales délimitant des logettes de pus. A la convexité du foie, une logette du volume d'un œuf de pigeon, pleine de liquide louche. Le foie est augmenté de volume, scléreux ; toutefois, le lobe gauche est très rétracté, pratiquement réduit à un bloc de tissu scléreux. Enorme cholédoque du volume d'une veine porte, obstrué par un calcul gros comme une prune. Les deux bases pulmonaires sont congestives sans suppuration localisée ; malgré une dissection soigneuse, il est impossible de mettre en évidence une communication biliobronchique ; il est cependant difficile de dissocier le lobe inférieur du diaphragme.

OBSERVATION 2. — M. Ge..., 78 ans. 7.062.

Syndrome cholédocien typique à répétition depuis 3 semaines. A l'entrée le 24-5-52, température à 39°5, V.S. = 50 %, ictère discret mais généralisé, HVDB total = 3 mg p. 100, direct +, tests hépatiques normaux. Les radiographies montrent un calcul spontanément visible dans la région de la vésicule qui n'est pas imprégnée.

Le malade reçoit 2 g/j de Terramycine *per os*, pendant 17 jours. Il devient apyrexique au bout de 24 heures et déjàunit très rapidement ; pas de nouvelle crise douloureuse. En raison de

l'âge, on n'ose conseiller formellement l'intervention chirurgicale.

On apprend que le malade est décédé en 1959, à l'âge de 85 ans, sans avoir présenté de récidives les premières années, mais on ignore la cause du décès.

OBSERVATION 3. — Mme R..., 74 ans. 7.697.

Malade vue en 1952 à l'occasion de ses premières crises de colique hépatique : pas d'imprégnation radiologique de la vésicule. Hospitalisation en avril 1955 pour une violente crise douloureuse.

A l'entrée : fièvre à 39°, V.S. à 50 %, ictère discret, défense pariétale de l'hypocondre droit.

La malade reçoit 3 grammes de Terramycine pendant 3 jours, qui provoque une chute thermique de 37°5, mais des phénomènes d'intolérance digestive obligent à passer à 2 grammes de Chloromycétine. L'apyrexie n'est parfaite qu'au 20^e jour. La malade a complètement déjàuni et la biligraphie montre un énorme cholédoque avec distension du cystique et imprégnation de la vésicule, qui paraît contenir un gros calcul. On arrête la Chloromycétine au bout de 2 mois de traitement, mais 14 jours après cette interruption, la malade présente une nouvelle ascension thermique à 38°5 avec petite crise douloureuse. On reprend de nouveau la Chloromycétine à la dose de 2 grammes pendant 14 jours. L'apyrexie est obtenue dès le 3^e jour. La malade quitte le service en août 1955, sans être opérée en raison de son âge et de son aspect général.

Le Dr Lacroix a bien voulu nous informer que cette malade a présenté par la suite seulement quelques troubles dyspeptiques, mais pas de crise douloureuse ni fébrile. Elle a été ultérieurement admise à l'hospice des Charpennes pour une coxarthrose et le service de M. le Docteur Vignon nous a confirmé en octobre 1956 qu'il n'y avait pas eu de reprise des phénomènes d'infection biliaire.

OBSERVATION 4. — Mme To..., 74 ans. 8.406.

Depuis 20 ans, petites crises douloureuses de l'hypocondre droit pour lesquelles on aurait proposé une intervention chirurgicale en 1939, refusée par la malade. Les cholécystographies avaient montré une vésicule exclue.

Depuis octobre 1952, aggravation marquée par l'apparition d'un syndrome cholédocien avec gros accès fébriles angiocholétiques et ictère passager. Depuis 15 jours les crises sont subintrantes avec ictère, prurit, amaigrissement de 8 kilogs.

A l'entrée, le 21-3-53, petites douleurs de l'hypocondre droit, ictère discret mais généralisé, température à 37°8, V.S. = 43 %, Al = +, urée = 0,29, Cytologie urinaire : rien à signaler, G.B. 8.000, phosphatases alcalines 1,7, U.R. Le reste des tests hépatiques est normal, de même que la prothrombine. La radiographie simple ne montre pas de lithiasie spontanément visible. On donne de la Terramycine *per os* 2 g/j pendant 5 jours. L'ictère disparaît très rapidement, la température tombe à 37°2, Al. = 0. Etant donné l'âge, l'amélioration rapide avec les antibiotiques, on hésite à poser l'indication opératoire. La malade rentre chez elle et continue sa Terramycine pendant trois semaines environ.

Revue 9 mois plus tard, elle dit avoir présenté après sa sortie de l'hôpital, 2 crises de type cholédocien avec température à 40°, subictère, mais depuis 6 mois va tout à fait bien et a repris 6 kg. N'envisage pas l'intervention chirurgicale.

Rien à signaler depuis cette époque.

OBSERVATION 5. — M. L... Georges, 69 ans. 10.409.

Antécédents dyspeptiques imprécis. Violente crise douloureuse épigastrique de 5 jours, suivie d'ictère un mois avant l'hospitalisation. Furoncles à répétition dans les 6 mois qui ont précédé le tableau actuel.

Lorsqu'il entre dans le service, le malade présente depuis un mois un ictère par rétention avec de grands accès fébriles et des frissons. Il existe un syndrome d'angiocholite grave : fièvre à 40°2, V.S. à 60 %, ictère franc avec prothrombine à 52 %. A la radiographie, calculs vésiculaires spontanément visibles. Par ailleurs, albuminurie à 0,20 et azotémie à 0,67. Le malade reçoit pendant trois jours 3 grammes de Terramycine, qui est arrêtée en raison de vomissements et de persistance des clochers à 39°. On passe alors à la Pénicilline (2.000.000) et Streptomycine (2 grammes) qui entraînent une baisse thermique, mais le 3^e jour s'installe un tableau d'oligurie, de somnolence, de vomissements et de diarrhée : l'urée sanguine est à 3 g 65. Il semble bien s'agir d'une poussée d'angiocholite urémigène. Le chirurgien consulté refuse l'intervention. Décès 24 heures plus tard. Pas de vérification anatomique.

OBSERVATION 6. — Mme M..., 79 ans. 10.278.

Depuis un an ictère à répétition sans phénomènes douloureux précis.

Hospitalisation le 25-5-54 au décours d'un épisode ictérique. A l'entrée : température subfébrile à 37°8, V.S. = 55 %, G.B. = 6.600, P.N. = 71 %, prothrombine 76 %, bilirubine totale 8 mg/l, directe +, test de floculation discrètement +. La ma-

lade est mise à la Terramycine *per os* 2 g/j. L'ictère disparaît en 3 jours, au 9^e jour, on ne retrouve plus de bilirubine directe. Les biligraphies montrent un retard d'élimination du produit opaque qui apparaît au bout d'une heure dans le cholédoque. Cependant celui-ci est bien opacifié, très dilaté (3 cm de diamètre) et à sa partie inférieure on voit deux petites images lacunaires qui paraissent bien être des calculs. La vésicule est exclue. Le traitement est poursuivi six semaines, au bout desquelles la malade présente toujours de petits accès fébriles à 38°, la V.S. est à 43 %. De nouvelles biligraphies confirment l'existence à la partie inférieure du cholédoque de nombreux calculs. En raison de l'âge, de l'existence d'une scoliose importante réduisant la valeur fonctionnelle pulmonaire, d'un gros RA et de la régression rapide de l'ictère, on poursuit le traitement médical. Arrêt de la Terramycine qui est remplacée par l'Oléandomycine 1 g 50/j. L'apyrexie est obtenue en 48 heures, le traitement est poursuivi 15 jours.

Revue quatre ans après, elle n'a présenté aucun trouble biliaire, mais est hospitalisée pour un ictus qui entraîne un exitus rapide.

OBSERVATION 7. — M. Pr..., 75 ans. 11.953.

Angor d'effort depuis 1950.

Ethylisme ancien à 2 l/j.

Quinze ans auparavant, crise douloureuse de l'hypocondre droit avec température et ictère transitoires.

Depuis deux semaines, six crises douloureuses de l'hypocondre droit très violentes, suivies chaque fois d'une poussée d'ictère. La température est notée une fois, > à 39°.

A l'entrée, le 16-6-55, température : 39°1, V.S. = 24 %. Ictère discret. Le malade est mis à la Terramycine *per os* : 1 g 50 pendant 4 jours. Chute thermique au bout de 24 heures, mais au 4^e jour, la température remonte à 38°3. On augmente les doses de Terramycine : 3 g/j pendant 3 jours, sans effet sur la température, mais l'ictère a complètement disparu, la bilirubine est normale, les tests hépatiques normaux, la prothrombine à 81 %. Les biligraphies ne montrent aucun passage cholédocien. On remplace la Terramycine par Pénicilline 2.000.000 + Streptomycine 1 g pendant 12 jours, puis 1 million, 1 g pendant 3 semaines. La température tombe très régulièrement et l'apyrexie est obtenue en une semaine. V.S. = 35 %.

Au bout de trois semaines de traitement, on fait une nouvelle biligraphie, la vésicule est exclue, le cholédoque très dilaté (15 mm).

En raison de l'âge, de l'angor, on hésite à proposer une intervention chirurgicale. Une nouvelle biligraphie est pratiquée avant le départ du malade : le cholédoque est toujours dilaté, mieux

visible, la vésicule s'imprègne faiblement, il semble exister plusieurs petits cailloux du fond vésiculaire, cachés par la présence de nombreux gaz intestinaux.

Revu dans le service en 1964 à l'âge de 84 ans, rien à signaler jusqu'en février 1964, en dehors d'un épisode vasculaire cérébral avec hémiparésie gauche. En février 1964, crise douloureuse très violente de l'hypocondre droit avec température à 38°7 pour laquelle il est hospitalisé au service chirurgical d'urgence où il reçoit : Pénicilline 2 M + Terramycine 750 mg *per os*, sans effet sur la courbe thermique.

A l'entrée dans le service, le 26-2-65 : température à 39°, V.S. = 55 %, G.B. 11.700, P.N. 89 %. La douleur persiste très latérale. Il n'y a pas d'ictère clinique, HVDB Total = 13 mg/l, conjuguée 6, libre 7, Tests normaux, prothrombine 55 %, sels et pigments biliaires dans les urines = 0, Al. = 0,05 g/l, urée 0,83. Le malade reçoit Penicilline 2 M + Streptomycine 1 g au 3^e jour, on associe Terramycine qui est poursuivie pendant huit jours, d'abord *per os* 1 g 50, puis IV 500 mg en raison de la mauvaise tolérance digestive. L'apyrexie est obtenue au dixième jour, mais le malade fait successivement une diarrhée, une glossite, une œsophagite, obligeant à interrompre le traitement. A cette date, la bilirubine est normale. Le malade quitte le service apyrétique avec une V.S. à 15 %, G.B. = 7.000, P.N. = 74 %, la prothrombine est remontée à 90 % sous l'influence de la vitamine K_j, Al. = 0, urée = 0,28. Les biligraphies montrent un cholédoque très dilaté, sans calcul évident. La vésicule n'est pas opacifiée.

Le malade est revu le 24-4-64 pour un nouvel accident vasculaire cérébral, rien à signaler du point de vue digestif.

OBSERVATION 8. — M. D... Joseph, 74 ans. 11.962.

Crises de colique hépatique depuis 1916. En 1921, cholécystostomie avec peut-être drainage cholédocien. En 1954, crises douloureuses abdominales revêtant franchement un aspect subocclusif. Plusieurs lavements barytés semblant montrer un angle gauche suspect, le malade est confié au chirurgien avec le diagnostic de néoplasme colique gauche probable. L'exploration chirurgicale est strictement négative. Mais, dans les suites opératoires, le malade présente 2 crises douloureuses épigastriques violentes avec grands frissons, clochers à 39° et choliurie. V.S. à 40 %. Hélogramme normal. La biligraphie intraveineuse montre un cholédoque très dilaté.

Le malade reçoit 2 grammes de Chloromycétine pendant 6 semaines ; on obtient une apyrexie presque immédiate. Les crises fébriles ne se reproduisent pas et l'état général s'améliore. Mais ce sujet de 74 ans refuse une nouvelle intervention chirurgicale et quitte le service.

Un an plus tard, son médecin traitant, le Dr Bégoud, nous apprend que le malade va très bien, qu'il ne souffre pas et n'a pas eu de poussées fébriles, que son état général est excellent.

OBSERVATION 9. — Mme Ga..., 82 ans. 12.528.

Vieille histoire de lithiasé biliaire inaugurée par une colique hépatique à l'âge de 12 ans et ayant abouti à une cholécystectomie en 1930.

Hospitalisée en septembre 1955 pour un syndrome cholédocien typique remontant à quelques jours. A l'entrée, la malade présente un état subfébrile sans ictère, puis un clocher à 39°1. La V.S. est à 35 %. Polynucléose à 86 % sans hyperleucocytose. Bilan hépatique normal. La biligraphie IV montre un énorme cholédoque (18 mm), renfermant un gros calcul en barillet.

La malade reçoit 2 g de Terramycine pendant 4 semaines. La fièvre tombe lentement et aboutit à une apyrexie stable au 20^e jour. Quitte le service sans avoir été opérée en raison de son âge.

Revue en 1960 pour des douleurs de l'hypocondre droit, peu intenses rapidement régressives. Les biligraphies montrent les mêmes aspects qu'en 1955.

Nouveau séjour en 1962, à l'âge de 89 ans pour un syndrome de brûlures épigastriques. Les biligraphies montrent toujours le même aspect. Il n'y a pas de signes cliniques ni biologiques de cirrhose cholostatique. Mais l'examen découvre un infiltrat bactérien pulmonaire pour lequel elle est envoyée en milieu sanatorial.

OBSERVATION 10. — Mme Po..., 74 ans. 13.035.

Depuis 3 ans, crises douloureuses épigastriques durant quelques minutes à quelques heures, alternative de diarrhée et de constipation.

Hypertension artérielle à 24 connue depuis plusieurs années, syndrome angineux d'effort et de repos avec signes à l'E.C.G.

Hospitalisation en décembre 1955 au décours d'une crise douloureuse sans température. A l'entrée, V.S. = 28 %, leucocytose 8.800, P.N. = 61 %. Les cholécystographies et les biligraphies montrent une exclusion vésiculaire. Traitement antispasmodique simple. En raison de l'état cardiovasculaire, de la rareté des crises douloureuses, de leur faible intensité, on n'envisage pas d'intervention chirurgicale.

Jusqu'en 1958, quelques crises douloureuses isolées. En janvier 1958, violente crise douloureuse épigastrique avec température à 39° qui cède à 3 jours de Tifomycine.

En mai 1958, hospitalisation pour une nouvelle crise douloureuse de l'hypocondre droit avec température à 37°8, la T.A. est à 18. Les cholécystographies et biligraphies montrent une vésicule bien opacifiée contenant plusieurs petits calculs, le cholédoque est un peu dilaté, contenant également un assez grand nombre de calculs de petite taille.

La malade est restée 3 jours sans traitement antibiotique, mais continue à souffrir, les douleurs disparaissent à l'institution du traitement, l'apyrexie survient au bout de trois jours. Reçoit 2 g/j de Terramycine pendant 18 jours.

Rentre chez elle. Ne suit aucun traitement. A 83 ans, 6 ans après, rien à signaler du point de vue digestif, hospitalisation pour nouvelle défaillance cardiaque.

OBSERVATION 11. — Mme Ra..., 76 ans. 19.894.

13 grossesses.

Deux épisodes douloureux de l'hypocondre droit sans température, mais avec ictère ayant cédé au bout de 15 jours.

Hospitalisation le 5-10-1959 pour une crise douloureuse de l'hypocondre droit à irradiation dorsale et scapulaire, température à 38°, pas de frissons. A l'entrée, température : 38°2 ; V.S. = 50 %, G.B. = 8.400, P.N. = 66 %, ictère généralisé, HVDB total = 10 mg, HVDB direct ++, tests de flocculation discrètement perturbés, prothrombine = 88 %. La radiographie simple montre de très nombreux calculs de la taille d'une lentille dans la vésicule, le cystique et le cholédoque. La malade reçoit : Pénicilline 2.000.000 + Streptomycine 1 g, pendant 48 heures sans effet sur la température, puis un antibiotique en expérimentation 2 g pendant 6 jours, également sans effet. Avec la Terramycine (2 g/j *per os* pendant 10 jours), la température décroche le matin : 37°2, mais reste à 38° le soir, la V.S. = 45 %. On arrête le traitement pendant 5 jours. A cette date., le 23-10-1964, l'ictère a disparu, la bilirubine est normale, la biligraphie montre un cholédoque et une vésicule peu imprégnés. Le cholédoque est très dilaté, et on a la surprise de voir un nombre important de calculs qui étaient dans la vésicule quand la malade était ictérique, présents dans le cholédoque alors qu'elle ne l'est plus. Cette migration calculeuse ne s'est accompagnée d'aucun phénomène douloureux.

La température remonte à 38°8 ; on essaie alors l'Oléandomycine 2 g/j pendant 1 mois, qui entraîne une baisse progressive de la température avec apyrexie totale au bout de 23 jours. La V.S. est alors à 27 %, G.B. = 9.000, P.N. = 65 %.

La malade, qui a toujours refusé l'intervention chirurgicale, quitte le service.

Aucun trouble digestif depuis cette époque.

OBSERVATION 12. — Mme Gi..., 75 ans. 19.443.

Crises de coliques hépatiques depuis l'âge de 20 ans, s'accompagnant souvent de frissons et de choliurie transitoire sans ictère apparent.

Hospitalisation le 15 juillet 1959 pour une crise plus violente durant 12 h., accompagnée de frissons et de température à 38°. A l'entrée : V.S. = 48 %, pas d'ictère clinique mais HVDB Total = 4, direct = +, prothrombine 72 %, le reste des tests est normal. La cholécystographie montre deux calculs opaques dans une vésicule exclue. Les biligraphies montrent l'existence d'un volumineux calcul ovale du cholédoque avec une image à la limite de la visibilité d'un énorme cholédoque dilaté sus-jacent (2 cm 1/2). Après deux jours de Rovamycine : 3 g/j, l'apyrexie est obtenue, mais la malade refuse l'intervention chirurgicale et rentre chez elle où elle poursuit un traitement pendant une durée non précisée.

Nouvelle hospitalisation le 22 juin 1961 pour de nouvelles crises douloureuses évoluant depuis plusieurs jours avec température à 38°5, syndrome subocclusif. A l'entrée : 38°3, V.S. = 55 %. Pas d'ictère clinique, HVDB Total = 2, direct ++, tests normaux, prothrombine = 72 %. Reçoit Terra IV, 750 mg, plus Pénicilline 2 M. pendant une semaine, la température tombe à 37°4, la malade se déclare guérie, refuse toujours l'intervention et quitte le service avec déclaration.

La malade a été opérée de sa lithiasie quelque temps après sa sortie du service et est décédée dans un tableau d'infarctus myocardique.

OBSERVATION 13. — Mme Bo..., 80 ans. 19.684.

Antécédents lithiasiques anciens puisqu'en 1946 on conseille une cholécystectomie que la malade refuse.

Après une dizaine d'années de latence, la malade est hospitalisée le 4-9-59 pour une crise douloureuse de l'hypocondre droit, avec vomissements bilieux ayant débuté la veille. A l'entrée, les douleurs sont atténuées, la température à 40°, V.S. = 45 %, hémoculture négative, G.B. 9.000, P.N. = 89 %, Al. = traces, urée : 0,34. Pas d'ictère clinique, ni biologique, bilan hépatique non perturbé. La biligraphie montre une vésicule exclue, le cholédoque est à la limite de la visibilité, probablement dilaté. La malade reçoit Pénicilline 2 M./j + Streptomycine 1 g/j pendant 12 jours qui entraînent une chute thermique en 48 heures mais il persiste un état subfébrile à 37°8. On remplace le traitement par la Terramycine 1 g 50/j pendant 16 jours, qui reste sans effet sur le fébricule. On fait alors appel à la Rovamycine 3 g/j pendant 10 jours qui réduit le fébricule. Arrêt.

Une deuxième biligraphie pratiquée après 15 jours de traitement anti-infectieux confirme l'exclusion vésiculaire, mais les voies biliaires sont bien visibles et contiennent deux volumineux calculs en olive. Le cholédoque est dilaté au niveau des calculs, mais ne l'est pas en amont. En raison de l'âge on ne conseille pas l'intervention chirurgicale. La malade quitte le service. V.S. = 52 %. Ne suit aucun traitement à domicile.

Rien à signaler jusqu'au 14-8-1964, date à laquelle elle présente une violente crise de cholécystite avec frissons, température à 38°, subictère et urines foncées. Elle reçoit Pénicilline-Colimycine 1 M. pendant 18 jours, puis Déhydroformine. Tout rentre dans l'ordre.

Est actuellement traitée pour artério-sclérose cérébrale.

OBSERVATION 14. — Mme Si..., 82 ans. 23.022.

Depuis 2 ans, crises de coliques hépatiques d'intensité modérée sans température ni ictère.

Hospitalisation le 1 septembre 1961 pour une crise douloureuse de l'hypocondre droit avec frissons, température à 40°, subictère, urines foncées, durant depuis 5 jours. A l'entrée, température : 39°7, V.S. = 38 %, G.B. = 13.000, P.N. = 81 %. Traces d'albumine, urée = 0,18. Hémocultures stériles. Subictère conjonctival. Pas d'hyperbilirubinémie. Tests normaux, prothrombine 69 %. Les douleurs disparaissent très rapidement. La Terramycine : 2 g/j pendant six jours entraîne une apyrexie transitoire, la température remontant à 37°7, on donne Rovamycine 3 g/j pendant 3 jours. Nouvelle poussée thermique à 38°. C'est finalement la Colimycine (2.000.000 pendant 8 jours) qui entraîne l'apyrexie. V.S. = 27 %, G.B. = 6.300, P.N. = 72 %. Les radiographies montrent une vésicule exclue et un cholédoque très pâle mais sûrement dilaté. Etant donné l'âge, on n'envisage pas d'intervention.

Nouveau séjour en janvier 1962, pour une crise de tachyarythmie paroxystique. Aucun trouble digestif.

Depuis cette époque, crises douloureuses fréquentes mais peu intenses, avec température à 38°, sans ictère, mais avec hypercoloration des urines. L'une d'entre elles motive l'hospitalisation en milieu chirurgical en août 1963 où il n'y a pas eu d'intervention en raison de l'âge. Tout rentre dans l'ordre avec un traitement antibiotique de 20 jours.

Va bien, actuellement.

OBSERVATION 15. — Mme Og..., 82 ans. 23.747.

Aucun antécédent pathologique.

La malade est hospitalisée le 17-11-61, 48 heures après une crise douloureuse de l'hypocondre droit avec frissons, tempéra-

ture à 39°1 et ictère. A l'entrée : température : 39°3, V.S. = 50 %, G.B. = 15.800, P.N. = 88 %, Urée = 0,60, diurèse = 200 cc, Addis normal, Alb. = 0 ; Ictère clinique et biologique : H.V.D.B. Total = 11 mg, direct = 6,2, phosphatases alcalines = 12 U.B. Le reste des tests hépatiques est normal, la prothrombine 100 %.

La malade reçoit : Pénicilline 2 M/j pendant une semaine, seule pendant 48 heures, puis comme la température reste à 39°, associée à la Terramycine *per os*, 2 g/j qui est poursuivie pendant 21 jours au total. La fièvre tombe rapidement à 37°2. Le 15-12-61, G.B. = 5.200, P.N. = 56 %, V.S. = 30 %, l'ictère a presque disparu, H.V.D.B. Total = 1 mg 5, H.V.D.B. direct 0,40. Tests et prothrombine normaux, phosphatases alcalines = 2,2 U.B. Les radios montrent une assez bonne imprégnation cholédocienne avec un cholédoque très dilaté (un pouce) et l'image évidente d'un gros calcul intra-cholédocien paraissant haut situé. La vésicule et le cystique ne sont pas visibles. Le diagnostic de lithiase avec angiocholite est certain, mais étant donné l'âge, la brièveté de l'état infectieux, sa sédation facile par les antibiotiques, on n'ose pas conseiller une intervention chirurgicale. La malade poursuit son traitement antibiotique pendant 27 jours encore : Terramycine 1 g 50/j, quitte le service apyrexique, V.S. = 15 %.

On a des nouvelles de la malade fin novembre 1963, aucune récurrence.

OBSERVATION 16. — M. Gr..., 78 ans. 26.320.

Hospitalisé le 19-8-63 pour un ictère.

8 jours auparavant il a présenté une crise douloureuse abdominale, d'intensité et de durée discrètes, à la suite de laquelle s'est installé un ictère avec température à 38°4, frissons. Après une amélioration transitoire, nouvelle poussée douloureuse et ictérique. Le malade est alors hospitalisé.

A l'entrée : température : 38°5, V.S. = 40 %, G.B. 12.900, P.N. = 87 %, urée = 0,90, Al. = 0. Ictère clinique et biologique : H.V.D.B. Total = 52 mg/l, conjuguée 34, libre 18. Tests de flocculation discrètement perturbés. Prothrombine = 92 %. La radio de l'estomac ne montre pas de lésion en dehors d'un gros diverticule duodénal dans la région de l'ampoule de Vater. Etant donné l'âge, l'état cardiaque (arythmie complète avec cœur augmenté de volume) on hésite à conseiller l'intervention chirurgicale avant d'avoir un diagnostic précis. La péritonéoscopie montre un foie d'hépatite chronique avec début de cirrhose, il n'y a pas d'élément permettant d'affirmer la cholestase. La vésicule ne peut être observée.

La malade reçoit un traitement antibiotique : Terramycine *per os*, 2 g/j pendant 3 semaines, qui entraîne au bout de 15 jours

une apyrexie totale et stable avec rétrocession de l'ictère, la bilirubine totale est à 26 mg, conjuguée 6 mg, libre 20 mg. Tests de floculation normaux, G.B. = 7.600, P.N. = 76 %, urée = ,53, Al. = 0. La biligraphie montre un très gros cholédoque dilaté (un pouce) avec une vésicule également dilatée sans que l'on puisse affirmer l'existence de calculs. Une nouvelle radio avec double imprégnation pratiquée dix jours après permet d'affirmer l'existence de calculs dans le fond vésiculaire.

Le malade sursoit à l'intervention chirurgicale, continue à prendre chez lui 1 g/j de Terramycine *per os* pendant 15 jours.

A la fin de l'année, nouvelle crise douloureuse, discrète, sans température ni ictère, cédant spontanément. Actuellement, déclare avoir « un état digestif parfait », est soigné pour défaillance cardiaque par les digitaliques.

OBSERVATION 17. — Mme Pi..., 82 ans. 26.577.

Depuis une dizaine d'années, crises douloureuses de l'hypochondre droit, sans ictère, ni température.

Depuis deux mois crises plus violentes avec ictère passager et température à 38°-39°.

Le 30-9-63, nouvelle crise douloureuse avec frissons et température, puis ictère qui justifie l'hospitalisation le 3-10-63. A l'entrée : température : 38°, V.S. = 35 %, G.B. = 8.600, P.N. = 81 %, ictère discret, bilirubine libre = 15 mg/l, conjuguée = 0. Ni sels ni pigments biliaires dans les urines, prothrombine à 58 % qui remonte à 69 % après vitamine K1. Les biligraphies montrent une exclusion vésiculaire, et une imprégnation faible et retardée de la voie biliaire principale. Le cholédoque est très dilaté (15 mm) et présente de nombreux calculs volumineux.

On donne Terramycine *per os* 2 g/j pendant 9 jours sans effet sur la température ni la leucocytose sanguine, la malade continue à souffrir. On donne alors Rovamycine 3 g/j pendant 15 jours qui entraîne une disparition rapide des douleurs et l'apyrexie au 10^e jour, mais la température remonte à 37°5, on remplace le traitement par Colimycine 3 M. I M. + 3 M. *per os* pendant 10 jours, le malade reste subfébrile le soir à 37°4, la V.S. = 42 %, mais la leucocytose s'améliore : le 6-11-63, G.B. = 6.400, P.N. = 73 %.

En raison de l'âge, de l'amélioration clinique, on ne conseille pas l'intervention chirurgicale. La malade ne suit pas chez elle le traitement antibiotique conseillé.

Va bien actuellement, signale une petite crise douloureuse sans température ni ictère à la suite d'un écart alimentaire.

CONCLUSIONS

Parmi les malades hospitalisés dans le service de M. le Professeur Levrat, de 1951 à 1963, pour une lithiasse biliaire infectée, 61 ont été traités par les antibiotiques sans intervention chirurgicale. Il s'agit de sujets ayant refusé formellement la chirurgie et de patients âgés ou porteurs de tares viscérales importantes contre-indiquant l'intervention. Ce nombre représente une faible partie des malades puisque, durant la même période, 168 lithiasses infectées ont été adressées au chirurgien, sur un ensemble de 903 lithiasses biliaires pour la plupart desquelles nous avons posé une indication opératoire.

1. — Deux malades sont décédés quelques jours après leur hospitalisation, dans un tableau d'angiocholite urémigène. Pour les 59 autres nous possédons un recul de 1 à 12 ans. Les résultats globaux se répartissent de la façon suivante :

— *Résultats immédiats défavorables* : 3,2 % (il s'agit des deux cas d'angiocholite urémigène).

— *Résultats éloignés favorables* : 47,5 %. Nous n'avons observé dans ces cas aucune nouvelle poussée infectieuse ni aucune manifestation hépato-biliaire.

— *Récidives et complications* (échelonnées jusqu'à 12 ans :) 49 %. Certaines récidives ont cédé spontanément, mais 24,5 % de l'ensemble de nos malades ont reçu un second traitement antibiotique et 13 % ont dû subir une intervention chirurgicale retardée. Les comptes rendus opératoires font habituellement état de complications locales importantes et la mortalité postopératoire est, dans ces cas, de 25 %. (La moyenne d'âge des décédés est de 75 ans.)

La mortalité globale est comprise entre 9,8 % et 13,1 %. Le premier chiffre a été calculé en ne tenant compte que des décès imputables de façon formelle à l'affection biliaire. Le deuxième

chiffre englobe en outre les décès de cause indéterminée, l'absence de renseignements précis ne permettant pas d'éliminer de façon certaine le rôle de l'affection biliaire.

II. — Il est très délicat de comparer les résultats du traitement conservateur à ceux de la chirurgie biliaire chez le sujet âgé ou taré. En effet, les chiffres rapportés par les différents auteurs correspondent à un matériel d'étude hétérogène et souvent imprécis. Cependant la mortalité postopératoire croît indiscutablement avec l'âge et dans la majorité des cas elle est, chez le sujet âgé, supérieur à 10 %. La présence de certaines maladies associées augmente considérablement ce taux. Il paraît légitime, dans ces cas bien définis et rares, de préférer à la chirurgie le traitement médical, puisque l'on peut obtenir par les antibiotiques une rémission clinique prolongée et, dans certains cas, une stérilisation des lésions.

Mais il est évident que les progrès de la réanimation et des techniques opératoires permettent de restreindre de plus en plus le nombre des contre-indications médicales.

III. — Le traitement conservateur ne peut être décidé qu'en milieu hospitalier par un clinicien averti, et impose le respect d'un certain nombre d'impératifs.

Il convient d'utiliser un antibiotique à large spectre et actif sur les germes intestinaux, avec une posologie suffisante. Son efficacité doit être jugée rapidement en 2 à 4 jours, et il faut savoir le changer en cas d'échec ou d'action incomplète : réascension thermique, persistance d'un fébricule.

Le traitement doit être poursuivi longtemps : 3 à 4 semaines pour la lithiase vésiculaire, 4 à 6 semaines en cas de lithiase cholédocienne. Il faut exiger une apyrexie vraie et stable, et poursuivre le traitement au minimum 15 jours après le retour de la température à la normale.

Même en cas de traitements prolongés nous n'avons pas noté d'accidents graves imputables aux antibiotiques, mais seulement des incidents bénins chez 8,1 % de nos malades.

IV. — Il est difficile de faire un pronostic lointain. Cependant des éléments cliniques et radiologiques permettent quelquefois de prévoir dans une certaine mesure l'évolution.

Une infection rapidement jugulée par la mycothérapie, avec une chute thermique régulière aboutissant à une apyrexie stable, l'imprégnation radiologique de la vésicule, permettent d'espérer une évolution lointaine favorable. Par contre, un tableau infectieux sévère et rebelle, obligeant à employer successivement plusieurs antibiotiques, fait redouter, même en cas de guérison apparente, un réveil infectieux ultérieur et des complications.

V. — La règle de l'intervention chirurgicale, de rigueur dans toute lithiase infectée, persiste. Mais il faut savoir que dans les cas de contre-indication chirurgicale majeure, on peut obtenir des résultats favorables immédiats par un traitement antibiotique bien conduit, dans la grande majorité des cas, et une guérison durable dans la moitié des cas.

Vu :

Le Doyen,
J.-F. CIER

Vu :

Le Président de la Thèse,
M. LEVRAT.

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 4 Mai 1965.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON (E.-R.), PRIESTLEY (J.-T.). — Observations on the bacteriology of the choledocal bile. *Ann. Surg.*, 123, 486-489, 1951.
- ARDUINO (E.). — Le traitement de la cholécystite aiguë. *Rev. Brasil.*, Ai. 34, n° 6, 535, Déc. 1957.
- ARIANOF (A.-A.), QUERTON (M.), LEDOUBLE (L.). — Etude comparative des morbidités des lithiases biliaires solitaires et multiples. *Acta Gastro-entérol. Belg.*, 25, 98-109, 1962.
- ARSAC (M.). — Les indications thérapeutiques des cholécystites aiguës. *Cahiers du Coll. Méd. Hôp. Paris*, 6, 359-366, 1964.
- ATANASSIAN (L.-A.). — Les causes de la mortalité dans la cholécystite. *Khirurgia* n° 7, 52-57, 1957.
- BAILEY (F.-W.). — Surgery in the aged. *Amer. surg.* 24, 487-500, 1934.
- BECKER (W.-F.), POWELL (J.-L.), TURNER (R.-J.). — Etude clinique de 1060 malades ayant présenté une cholécystite aiguë. *Surg. Gyn. Obst.*, 104, n° 4, 491-497. Avril 1957.
- BEHREND. — The treatment of biliary tract diseases in elderly patient. *Gastroenterol.*, 8, 762-767, 1947.
- BERG (B.-N.), ZAN (Z.-D.) and JOBLING (J.-W.). — Bactericidal function of the liver. *Proc. Soc. Experim. Biol. a. Med.*, 24, 433, 1926.
- BERNHARDT (F.). — Uber moderne gesichtspunkte in der Chirurgischen Behandlung der Erkrankungen der Leber und der Gallenwege. *Dtch. Med. Wchr.*, 73, 760, 1950.
- BIROT (J.-E.). — Le traitement des cholécystites aiguës lithiasiques par la pénicilline. *Thèse, Lyon*, 1946-1947.
- BOLT (D.-E.). — Geriatric surgical emergencies. *Brit. Med. J. I.*, 832-836, 1960.
- BOQUIEN (Y.), LENNE (Cl.). — Traitement médical de la lithiase biliaire. *Revue du Prat.*, II, n° 33, 3457-3465, 1961.
- BOSCH (D.-T.), ISLAMI (A.), TAN (C.-T.-C.) and BELING (C.-A.). — The elderly surgical patient ; an analysis of 500 consecutive cases of patients sixty years of age or older. *Arch. Surg.*, 64, 269, 1952.

- BROOKS (B.). — Surgery in patients of advanced age. *Ann. of Surg.*, 105, 481-495, 1937.
- BRULE (M.), HILLEMAND (P.) et GOUTNER (B.). — Septicémie à colibacille et péritonite terminale chez un cirrhotique. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 55, 1167, 1939.
- BUXTON (R.-W.), RAY (D.-K.), COLLIER (F.-A.). — Cholécystites aiguës. *J.A.M.A.*, 146, n° 4, 301-307, 1951.
- CAGLIANI (P.), SFORZA (M.). — Changements de la flore microbienne de la bile et de sa sensibilité aux antibiotiques dans les maladies de l'appareil biliaire. *Arch. Sci. Méd. (Torino)*, 114, 431-439, Nov. 1962 (it.).
- CAHAN (J.). — Cholécyстите calculeuse et maladie coronarienne. *Rev. Méd. Moyen-Orient*, 16, 550-555, Nov.-Déc. 1959.
- CAROLI (J.), PINEAU (P.), ANDRÉ (J.). — Antibiotiques et infections des voies biliaires. *Gaz. Méd. de France*, N° spécial, p. 365, 25 Déc. 1956.
- CAROLI (J.), HAGÈNE (A.). — Traitement de la lithiase biliaire et de ses complications. *Les Cahiers du Coll. de Méd. des Hôp. Paris*, 8, 507-615, Juin 1963.
- CAROLI (J.) et PLATTERBOSER. — Septicémie porto-cave. Cirrhose du foie et septicémie à colibacille. *Sem. Hôp. Paris*, 34, 472, 1958.
- CASE (F.-C.). — Surgery in patients between 80 and 100 years of age. *J. Amer. Geriat. Soc.*, 12, 345-349, Apr. 1964.
- CATTAN (M.), DELAVIERRE, FRUMUSAN (P.). — Septicémie à paracolone aérobactère d'évolution mortelle au cours d'une cirrhose méta-ictérique. *Arch. Mal. App. Dig.*, 50, 78, 1961.
- CAUCHON (R.), BROCHU (P.), LEVASSEUR (L.). — La cholécystite aiguë. *Laval méd.*, 22, N° 3, 308-313, Mars 1957.
- CHABAL (J.). — Chirurgie des cholécystites aiguës lithiasiques. *Thèse Lyon*, 1961.
- CHALNOT (P.), GROSIDIER (J.) et FRISH (R.). — Les indications thérapeutiques dans les cholécystites aiguës. *Revue Médicale de Nancy*, 83, 362-365, Mai 1958.
- CHAMPEAU (M.). — Aspects chirurgicaux de la lithiase biliaire du vieillard. *Pres. Méd.*, 72, 261-266, 25 Janvier 1964.
- CLELAND (J.-B.). — Gallstone in 7.000 post-mortem examinations. *Med. J. of Australia*, 26 Sept. 1953.
- COLCOCK (B.P.), MAC MANUS (J.-E.). — Experiences with 1,356 cases of cholecystitis and cholelithiasis. *Surg. Gyn. Obst.*, 101, 16-172, 1953.
- COLCOCK (B.P.). — Acute cholecystitis in the aged. *Surg. Clin. N. Amer.*, 34, 697, 1954.
- COLE (W.-A.). — Operability in the Young and aged, (Roswell Park Lecture). *Ann. Surg.*, 138, 145-157, 1953.
- Surgery of the liver, gallbladder and bile ducts in the aged. *Surg. Clin. N. Am.*, 20, 47-48, 1940.

- COLLESSON (L.), LARCAN (A.). — Le foie et les voies biliaires au cours de la vieillesse. *Gaz. des Hôp.*, n° 15, 577-585, 1957.
- CORNET (A.), GUERRE (J.). — La lithiase biliaire des gens âgés. *Presse médicale*, 70, 2209-2211, 3 Nov. 1962.
- CORNET (A.). — La lithiase biliaire des sujets âgés. *Concours méd.*, 84, 5518, 20 oct. 1962.
- CORNET (A.), GEFFROY (Y.), GUERRE (J.). — Incidences cliniques de la lithiase biliaire des gens âgés. Indications de la crénothérapie. *Le Monde Médical*, 71, 397-408, Juil.-Sept. 1961.
- CRUMP (C.). — The incidence of Gallstones and Gallbladder disease. *Surg. Gyn. Obst.*, 53, 447-455, 1931.
- CUTLER (C.-W.). — Urgent surgery in the aged. *Ann. Surg.* 126, 763, 1947.
- DARNAUD (Ch.), DENARD (Y.), MOREAU (G.), VOISIN (R.), LEGUEVAQUES (G.). — Diabète et lithiase cholédocienne. *Arch. Mal. Appar. Dig.*, 48, 1461-1464, nov. 1959.
- DOUTRE. — Indications chirurgicales dans la lithiase vésiculaire. *J. Med. Bordeaux*, 138, 939-941, Juillet 1961.
- DUNCAN (G.-O.). — The surgical patient with diabetes. *Amer. J. Cardiol.*, 12, 636-638, Nov. 1963.
- DUPREZ (A.), SIMONS (M.), DE GRAEF (J.). — La cholécystite aiguë. Considérations sur l'opportunité du traitement chirurgical et son moment. *Acta Gastroentéro Belg.*, 24, 354-373, 1961.
- DOWY. — Importance of coexistent factors in biliary tract surgery an analysis of 2,285 operations. *Arch. Surg. (Chicago)*, 88, 314-323, Fév. 1964.
- ELKELES (G.) and MIRIZZI (P.-L.). — A study of the bacteriology of the common bile duct in comparaison with the other extrahepatic segments of the biliary tract. *Ann. Surg.*, 116, 360, 1942.
- ENDERLIN (N.). — Statistische Erhebungen über das Gallensteinleiden. Ein Bertrag zur indikationstellung der Cholecystektomie. *Thèse Zürich*, 1958.
- FALLIS (L.-C.), MC CLURE (R.-D.). — Cholecystites aiguë. Revue de 320 cas. *Surg. Gyn. Obst.*, 70, 1022, 1940.
- FINSTERER (H.). — Le traitement chirurgical de la cholécystite aiguë avec quelques considérations sur le traitement précoce. *Wiener Med. Wochens*, 81 (2), 178, 6 Jan. 1951.
- FISCHER (H.-C.), WHITE (H.). — Biliary tract disease in the aged. *Arch. Surg.*, 63, N° 4, 536-544, 1951.
- FLABEAU (F.). — La cholécystite aiguë et son traitement. *La Revue de Médecine*, n° 6, 271-274, Mars 1963.
- GANA (I.). — 200 cas de lithiase biliaire chez l'homme. Mémoire pour le certificat d'études spéciales des maladies de l'appareil digestif. Paris, 1960.

- GAUBLE (W.-G.). — Cholecystitis and gallbladder disease in the geriatric patient. *J. Kans. Med. Soc.*, 62, 474-477, 1961.
- GEISTHOVEL (W.). — On the limitations of geriatric surgery. *München Med. Wschr.*, 105, 2001-2008, 11 Oct. 1963 (Ger.).
- GIRARD (M.). — Indications respectives du traitement médical et chirurgical dans la lithiase vésiculaire. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 969, 825-833, 1960.
- GLENN (F.), HAYS (D.-M.). — The age factor in the mortality rate of patients undergoing surgery of the biliary tract. *Surg. Gyn. Obst.*, 100, 11-18, 1955.
- GLENN (F.). — The surgical treatment of acute cholecystitis in patients fifty years of age and over. *Surg. Gyn. Obst.*, 73, 649-653, 1941.
- 26 ans de chirurgie biliaire (5.037 malades). *Surg. Gyn. Obst.*, 109, 5, 591-606, 1959.
- GORDON-TAYLOR (G.), WHITBY (L.-E.-H.). — A bacteriological study or fifty cases of cholecystectomy with special reference to anaerobic infection. *Brit. Jour. Surg.*, 18, 78, 1930.
- The incidence of anaerobic infection in the gallbladder. *Brit. Journal Surg.*, 19, 619, 1932.
- GRINBERG (Y.). — Conduite à tenir en présence d'une cholécystite aiguë à la lumière des résultats à distance, obtenus après intervention ou traitement médical. *Khirurgia*, n° 3, 19-25, 1962.
- HACKETT (W.-L.). — Gallbladder Surgery in aged. *J. Michigan M. Soc.*, 31, 182-183, 1932.
- HALLBERG (D.). — Mortality from cholelithiasis. Review of a case series and survey of the literature. *Acta Chir. Scand.*, 192, 502-514, 1964.
- HAUSMAN (P.-F.), CLAYETT (O.-T.). — Operation in the biliary tract of an aged patient. Report of case. *Proc. Mayo Clin.*, 17, 585-588, 1942.
- HERRON (P.-W.), JESSEPH (J.-E.), and HARKINS (H.-N.). — Analysis of 600 major operations in patients over 60 years of age. *Ann. Surg.*, 152, 686-698, 1960.
- HOFMANN (V.). — Operations on the internal organs in persons of advanced age. I. Diagnostic view points in geriatric diseases of internal organs. *Med. Klin.*, 59, 441-444, 13 Mar. 1964 (Ger.).
- HORWITZ (A.). — Gallbladder disease in the aged. *J.A.M.A.*, 161, n° 12, 1119-1123, 1956.
- HOUCKE (E.). — Torpid peritonitis in the aged person (a propos of 7 cases). *Lille Méd.*, 9, 8-10, Janv. 1964.
- INGIANI (d'). — Traitement chirurgical de 124 cholécystites aiguës. *The American Journal of Surgery*, 77 (6), 608-613, Mai 1949.

- JOHNSON (P.), CLOSE (M.-B.). — Cholécystites aiguës, 103 cas consécutifs. *California Méd.*, 87, n° 5, 291-294, Nov. 1957.
- JOUBERT (J.). — La lithiase biliaire chez le sujet âgé. *Thèse, Paris*, 1962.
- JUSTIN-BESANÇON (L.), CHRÉTIEN (J.), DELAVIERRE (P.). — Bilan de 1.000 confrontations anatomo-cliniques récentes. *Bull. Acad. Nat. Méd. Paris*, 147, 330-338, 23-30 Avril 1963.
- KAMENTSCHICK (M.-G.). — Les résultats tant immédiats qu'éloignés des traitements conservateurs et chirurgicaux de la cholécystite aiguë. *Khirourguia*, n° 5, 27-31, 1955.
- KORNFELD (H.-J.), ALLBRITTEN. — The role of choledochostomy and antibiotics in gallblader surgery. *Surg. Gyn. Obst.*, 113, 277-282, Sept. 1961.
- LEVRAT (M.). — Le traitement médical des complications infectieuses de la lithiase biliaire. *Revue Lyonnaise de Médecine*, IV, 13, 557-559, Juillet-Août 1955.
- Le traitement par les antibiotiques fungiques des complications infectieuses de la lithiase biliaire. *Les actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 241-245, 1958.
- LEVRAT (M.), ROCHE (L.), BRETTE (R.). — Fistule biliobronchique. Influence favorable de la Terramycine. *Lyon Médical*, 186, 241-246, 1952.
- LEVRAT (M.), ROMIER (H.). — Résultats de la thérapeutique antibiotique dans la lithiase biliaire infectée (à propos de 73 observations). *Rev. Lyonnaise de Méd.*, 6, n° 9, 577-590, Mai 1957.
- LEVRAT (M.), GALLOIS (P.), TISSOT (A.). — Les fistules biliobronchiques spontanées au cours de la lithiase biliaire. *Arch. Mal. App. Dig.*, 50, 210-225, Mars 1961.
- LEVRAT (M.), BRETTE (R.), TRUCHOT (R.). — L'élimination biliaire des antibiotiques. *Revue Internationale d'Hépatologie*, 14, n° 2, 137-169, 1964.
- LEVRAT (M.), GONNET (L.), PAVIOT (J.-J.). — Traitement par la pénicilline des cholécystites lithiasiques. *Lyon Médical*, 178, 697-702, 1947.
- LEVRAT (M.), BRETTE (R.), THIVOLET (J.), CARRAZ (M.). — Contribution à l'étude de l'élimination biliaire des antibiotiques. *Rev. Intern. Hépat.*, 7, 286-303, 1957.
- LIMBOSCH (J.). — Experience with more than 1,000 elderly surgical patients. *Arch. Surg.*, 73, 124-132, 1956.
- LONGO (O.-F.). — Le problème médico-chirurgical des cholécystites aiguës. *Lyon chirurg.*, 53, 22-28, 1957.
- LYON (C.-G.). — Acute cholecystitis in elderly patients. *West. J. Surg.*, 61, 60, 1953.

- LYON (B.-B.-L.). — The bacteriology of bile obtained by duodenal tube biliary drainage. *Journ. Lab. and Clin. Med.*, 17, 583, 1932.
- MALLET-GUY (P.), CHABAL (J.). — Incidence des antibiotiques sur l'évolution des cholécystites lithiasiques aiguës et sur leur traitement chirurgical. *Lyon Chir.*, 57, 905-908, 1961.
- MALLET-GUY (P.), CHABAL (J.), DUFFRÈNE (D.), SERAFINOV (K.). — La bactériologie des cholécystites aiguës lithiasiques. Incidence de l'antibiothérapie pré-opératoire. *Lyon Chir.*, 57, 558-569, 1961.
- MALLET-GUY (P.), MICHOUlier (J.). — La chirurgie chez l'obèse. Problèmes actuels d'endocrinologie et de nutrition. 7, 1963.
- MALLET-GUY (P.), CHABAL (J.). — Sur le traitement des cholécystites lithiasiques aiguës. A propos d'une deuxième série de 198 cas opérés en cinq ans. *Mém. Acad. Chir.*, 87, 550-553, 24-31 Mai 1961.
- MALLET-GUY (P.), ROGET (Cl.), LODI (R.), TAVARES (P.). — Les fistules cholécysto-cholédociennes, à propos de 40 observations personnelles. *Lyon Chirurgical*, 56 (2), 231-245, Mars 1960.
- MARSHALL (W.-H.). — Operative complications and mortality in patients over 80 years of age. *Arch. Surg. (Chicago)*, 88, 896-904, May. 1964.
- MARTIN (W.-J.), SFITTEL (J.-A.), MORLOCK (C.-G.) and BAGGENSTOSS (A.-H.). — Severe liver disease complicated by bacteremia due to gram-negat. bacilli. *Arch. Int.*, 98, 8, 1956.
- MARTIN (W.-J.), Mc HENRY (M.-C.), WELLMAN (W.-E.) and BAGGENSTOSS (A.-H.). — Severe liver disease complicated by bacteremia. *Arch. Int. Med.*, 109, 555, 1962.
- MASTYNSKA (M.). — Surgical treatment and its results in elderly patients. *Pol. Tyg. Lek.*, 18, 1018-1022, 8 Juil. 1963.
- MAZZA (E.). — Modern therapeutic aspects in geriatric surgery. *G. Geront*, 11, 827-832, Sept. 1963 (Ital.).
- METTO (A.-C.). — Complications de la chirurgie des lithiases biliaires. *Rev. Ass. Med. Brasil*, 8, 99-112, Apr.-Jun., 1962.
- MITHOFER (J.). — The selection and preparation of elderly patients for operation. *Surg. Clin. N. Amer.*, 40, 871-878, 1960.
- OLIVIER (Cl.). — Chirurgie des voies biliaires. Masson, 1961.
- PARENTI (G.-C.). — Sur le traitement chirurgical des cholécystites aiguës chez le vieillard de plus de 70 ans. *Minerva Chirurgica*, 11 (16), 441-543, 1956.
- PATEL (J.), LATASTE (J.), VALIDIRE (J.). — Sur le choix des meilleurs traitements des cholécystites lithiasiques. *Presse Méd.*, 63, n° 63, 1267-1269, 1^{er} octobre 1955.

- PEQUIGNOT (H.). — Pathology of the aged person. *Concours Médical*, 85, 6360-6367, 23 Nov. 1963.
- PEQUIGNOT (H.), DUBARRY. — A propos de la chirurgie du vieillard dans une maison de retraite. *Semaine des Hôp. de Paris*, Août 1959.
- PIERSOL (G.-M.) and BOKUS (H.-L.). — A study of the bile obtained by non surgical biliary drainage with especial reference to its bacteriology. *Ann. Journ. Méd. Sc.*, 165, 486, 1923.
- PRADEL (P.). — Contribution à l'étude de l'élimination biliaire des antibiotiques chez l'homme normal et dans certaines conditions pathologiques. *Thèse Lyon*, 1954-1955.
- QUICLEY (T.-R.). — Biliary Surgery in the aged. *N. Engl. J.M.*, 221, 970-974, 1939.
- RAUBER (G.), PETIT (J.). — Lithiase vésiculaire, traitement médical et indications thérapeutiques. *Rev. Méd. Nancy*, 86, 23-32, Janv. 1961.
- ROBINS (R.-E.). — Major abdominal surgery in patients over 70 years of age : an analysis. *Canad. J. Surg.*, 7, 129-133, Apr. 1964.
- ROMIER (H.). — Le traitement antibiotique des complications infectieuses de la lithiase biliaire. *Thèse, Lyon*, 1957.
- ROMIEU (Cl.), and BRUNSCHWIG (A.). — Bacteriologic study of the human liver. *Surgery*, 30, 621, 1951.
- ROSENOW (E.-C.). — Focal infection and elective localisation of bacteria in appendicitis, ulcer of the stomach, cholecystitis and pancreatitis. *S.G.O.*, 33, 19, 1921.
- ROSENTHAL (J.). — Gallbladder disease in elderly patients. *Ann. Int. M.*, 20, 933, 1944.
- ROWNTREE (C.). — Operative surgery of the aged. *Clin. J.*, 60, 257-264, 1931.
- ROYER (M.). — Patologia de las vias biliares. Hachette. Buenos-Ayres, p. 83, 1964.
- SARKISIAN (S.-A.). and Mc GOWAN (J.-M.). — The relation of bacteria in the bile to biliary dynamics, cholangitis and post-cholecystectomy syndrome. *Surgery*, 35, 565, 1954.
- SAUVAGET (J.-M.). — Quelques considérations sur la lithiase biliaire du vieillard. *Thèse, Paris*, 1964.
- SBOROV (W.-M.), MORSE (W.-C.), GIGES (B.) and IAHNKE (E.-J.). — Bacteriology of the human liver. *Journ. Clin. Investg.*, 31, 986, 1952.
- SCHATTEN (W.-E.), DESPREZ (J.-D.) and HOLDEN (W.-D.). — A bacteriologic study of portal vein blood in man. *Arch. Surg.*, 71, 404, 1955.
- SKINNER (J.-F.). — Surgical risk in the cardiac patient. *J. Chronic. Dis.*, 17, 57-72, Jan. 1964.

- SMITH (M.-K.). — Traitement des cholécystites aiguës. *An. Surg.*, 98, 766-770, 1933.
- SOUPAULT (R.) et CHAMPEAU (M.). — L'intérêt des données bactériologiques dans la chirurgie de la voie biliaire principale. *Rev. Méd. Chir. Mal. Foie*, 29 (2), 27, 1955.
- STONE (C.-S.), HILL (L.-D.), ANNEST (L.). — La cholécystite aiguë chez le vieillard. *Int. Surg. Dig.*, 64, n° 3, 167-169, sept. 1957.
- STROHL (E.-L.), DIFFENBAUGH (W.-G.). — Acute cholecystitis. *Surg. Clin. N. America*, 32, 63-69, 1952.
- STROHL (E.-L.), DIFFENBAUGH (W.-G.) and GUYNN, VERNON. — Symptoms of common duct stones. *Arch. Surg.*, 64, 788-793, 1952.
- STROHL (E.-L.), DIFFENBAUGH (W.-G.), ANDERSON (R.-E.). — Biliary tract surgery in the aged patient. *Geriatrics*, 19, 275-279, Apr. 1964.
- STROHL (E.-L.), DIFFENBAUGH (W.-G.). — Biliary tract surgery in the aged patient. *Surg. Gyn. Obst.*, 97, 467-470, 1953.
- Abdominal Surgery in the aged patient. *J. Amer. Geriat. Soc.*, 1, 771-778, 1953.
- STORMONT (J.-M.), MACKIE (J.-E.), KASS (E.-H.) and DAVIDSON (Ch.-S.). — Bacteriologic culture of the disease human liver. *Ann. Inter. Med.*, 51, 17, 1959.
- STULIG (J.-A.), GOLDSMITH (R.-N.) and SAINDON (Z.). — Morbidity and mortality associated with biliary tract disease. II. Evaluation of operative procedure. *Amer. J. Gastroent.*, 34, 223-234, 1960.
- TAYLOR (F.-W.). — Blood culture studies of the portal vein. *Arch. Surg.*, 72, 889, 1956.
- TCHOVTSCHKALOV (V.-P.). — Traitement des angiocholites par les sulfamides. *Sovetskaja Meditsina*, 6, 32-35, 1955.
- TERRY (A.-H.). — Jr., Obesity and hypertension. *J.A.M.A.*, 81, 1283, 1923.
- TÊTE (R.). — Le cancer primitif de la vésicule biliaire. *Thèse Lyon*, 1964.
- TOLIO (A.). — *Minerva chirurgica*, 17, 138-148, 1962.
- *Minerva chirurgica*, 17, 227-233, 1962.
- TSO (Kv.), HUANG (S.-P.), CHEN (B.-T.). — Etude statistique sur la mortalité due au traitement chirurgical de la lithiase biliaire. *Zhong Waitre*, 2, 10, 638-639, Oct. 1962.
- TWISS (J.-R.). — *J.A.M.A.*, 152, 1683, 1953.
- VACHON (A.), ARNAUD (P.), PELLOUX (H.). — La lithiase biliaire après 65 ans. *Revue Lyonn. Méd.*, n° 19, 6, 1229-1236, 1957.
- WELCH (C.-S.). — Surgery in the aged. *New Engl. J. Med.*, 238, 821-832, 1948.

- WILKIE (A.-L.). — The bacteriology of cholecystitis, a clinical and experimental study. *Brit. Journ. Surg.*, 15, 450, 1927.
- WIPPLE (R.-L.) and HARRIS (J.-F.). — B. Coli septicemia in Laënnec's cirrhosis of the liver. *Ann. Intern. Med.*, 33, 462, 1950.
- ZIEFER (H.-D.) and COLP (R.). — The surgical tolerance of the elderly patient. Review of 148 selected cases of biliary tract surgery and colonic lesions. *J. Amer. Geriat. Soc.*, 5, 284-298, 1957.

TABLE DES MATIERES

— INTRODUCTION	13
— Considérations générales	15
Flore microbienne habituellement rencontrée dans les infections biliaires	15
Elimination biliaire des antibiotiques	20
- Rappel théorique	20
- Modifications apportées par les conditions patho- logiques	25
— Analyse des résultats personnels	31
● Données générales	31
Choix des observations	31
Traitements pratiqués	32
Méthode de travail	36
● Analyse des observations	37
Exposé des motifs de l'abstention chirurgicale	37
Les cholécystites lithiasiques aiguës et subaiguës	40
Tableau infectieux à l'entrée	40
Résultats immédiats	42
Résultats éloignés	49
Les lithiases cholédociennes fébriles	56
Tableau infectieux à l'entrée	56
Résultats immédiats	58
Résultats éloignés	60
● Résultats globaux	62
● Facteurs intervenant dans les résultats obtenus	66
— Constatations des autres auteurs	71
— Commentaires	77
— Résumés d'observations	83
Lithiase vésiculaire	83
Lithiase cholédocienne	111
— CONCLUSIONS	123
— BIBLIOGRAPHIE	127

